اضطراب التوحد

تقديم

أ.د. زينب محمود شقير

إعداد

محمد سيد موسى

مكتبة الأنجلو المصرية

اضطراب التوحد

تقديم

أ.د. زينب محمود شقير

أستاذ ورئيس قسم الصحة النفسية

كلية التربية - جامعة طنطا

إعداد

محمد سيد موسى



مكتبة الأنجلو المصرية

بطاقة فهرسة

فهرسة أثناء النشر إعداد الهيئة المصرية العامة لدار الكتب والوثائق القومية ، إدارة الشئون الفنية .

موسى ، محمد سيد .

إضطراب التوحد / إعداد : محمد سيد موسى ، تقديم : زينب محمود شقير — ط١ . —

القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية ، ٢٠٠٧

١٧٣ ص ، ١٧× ٢٤ سم

١ـ الأطفال المعوقون　　　أ ـ شقير ، محمود (مقدم)

٢ـ الأطفال المعوقون ـ رعاية وعلاج　　　ب ـ العنوان

رقم الإيداع : ١٥٥٤

ردمك : ٩٧٧-٠٥-٢٢٢١-٠　　　تصنيف ديوى : ٣٦٢,٤

المطبعة : محمد عبد الكريم حسان

النـاشـر : مكتبـة الانجلـو المصريـة

١٦٥ شارع محمد فريد

القـاهرة — جمهوريـة مصـر العربيـة

ت : ٣٩١٤٣٣٧ (٢٠٢) ؛ ف : ٣٩٥٧٦٤٣ (٢٠٢)

E-mail : angloebs@anglo-egyptian.com

Website : www.anglo-egyptian.com

بسم الله الرحمن الرحيم

" الرَّحْمَنُ (١) عَلَّمَ القُرْآنَ (٢) خَلَقَ الإنسَانَ (٣) عَلَّمَهُ البَيَانَ (٤) "

صدق الله العظيم

(سورة الرحمن، الآيات: ١-٤)

إهـــداء

إلى روح والدي الطاهرة فى أكرم جوار ...

إلى والدتي الحبيبة متعها الله بالصحة والعافية ...

إلى زوجتي الفاضلة ...

إلى أبنائي الأعزاء/ هند وأحمد ...

المحتويــــات

الفصل السادس

التشخيص Diagnosis

الفصل السابع

صعوبات التشخيص والتشخيص الفارق

الفصل الثامن

أساليب التدخل والبرامج التدريبية

تقديم الأستاذ الدكتور/ زينب شقير

تعـــد فئة التوحد (Autism) بمثابة إحدى فئات التربية الخاصة، والتي أخذت تـــتزايد نســـبتها في الآونة الأخيرة، الأمر الذي يؤرق كل القائمين على رعاية تلك الفئة، وإذا كان هناك إسهام ومساندة لتلك الفئة فيعد هذا المرجع من أهم الإسهامات التي تقدم لها، فهو يمثل الخطى التي يمكن أن تسير عليها الأم، والأب، والباحثين، والقائمين على رعاية هذا الطفل التوحدي، ذلك لما يتضمنه من معلومات ومعارف عـــن شخصـــية هذا الطفل وخصائصه، كما ينير الطريق لتشخيصه بدقة من خلال أســـاليب متـــنوعة وردت باستفاضة في هذا المرجع، إضافة لما يقدمه المرجع من تحذيـــرات ونصـــائح عـــن أساليب انتشاره الأمر الذي يستوجب تجنب حدوثه من الـــبداية بقدر الإمكان، ثم يوضح هذا المرجع كل ما يمكن أن نقدمه للطفل التوحدي مـــن أســـاليب الرعاية والتنمية والتدريب لبعض المهارات الهامة التي تساعده لأن يعتمد على نفسه بعض الشيء، والتي تسهم في تخفيف الأعباء والمسئوليات تجاهه من قبل الوالدين والقائمين على رعايته.

وقـــد بذل المؤلف جهدا مشكورا في إعداده وإخراجه، ونتمنى له مزيـــدا من التوفيق.

أ. د/ زينب شقير
أستاذ ورئيس قسم الصحة النفسية
كلية التربية- جامعة طنطا

تقديم المؤلف

تعتبر الإعاقة قدرا من الله سبحانه وتعالى، وقد تصيب أي أسرة في أي وقت وقــــد يخلــط البعض بين القصـــور العقلي Mental Retardation (Deficiency) والجنون Schizophrenia or Psychosis ولو أسرة بها أحد من هؤلاء قد لا يتزوج منها أحد، وقد لا يقترب منها أحد وقد تكره الأم طفلها لذلك.

الإعاقــة تخلــف آثارا نفسية لا توصف، و تسلب من الحياة كل ما هو جميل وفي بعض الأحيان لا نجد أمامنا طريق إلا تقوية الوازع الديني.

ولكن الإعاقة ليست نهاية الدنيا! الإعاقة عجز Disability ولكنه عجز جزئي ولــيس مطلق لأنه ليس بالضروري أن تؤدي الإعاقة إلى عجز مطلق، بالعكس قد يكــون الإنسان عاديا وعاجز (كل مهيأ لما خلق له) فلا يوجد إنسان يستطيع عمل كــل شـــيء ولا يوجــد إنسان لا يستطيع عمل شيء، هو في النهاية يستطيع عمل شيء؛ القصور الجسمي أو الحسي Sensory or Physical قد يكون موجود ولكن آثاره غير موجودة والعكس صحيح، فكرة الأقوى يجب أن يسود فكرة مشكوك فيها ففي كل قوة ضعف وفي كل ضعف قوة.

فـــي قضـــية الإعاقة Handicap والمعاقين نحن أمام مشاكل كثيرة يجب أن نــتعامــل معها على أنها مشكلة فريق عمــل Team work على رأسه ومن أولى اهــتماماته الأسرة وبالأخص الأم فهي مصدر المعلومات الغزير جدا للطفل، لأنه أحيانا البيئة والوالدين تعلــم العجز للإنسان فهناك بيئات متعددة التعويقات Multi impairment فالإعاقــــة ظاهــرة اجتماعية يصنعها المجتمع Made in society (فنحن نولد في المجتمع ونولد والمجتمع فينا).

المجــتمع نفسه ممكن يقوم بعمل مجموعة من المواءمات الاجتماعية والبيئية (حجــرات – حمامـــات مهيأة لهم – أندية – دور سينما – ملاهي ووسائل ترفيه) بحيث يتكيف الطفل المعاق في المجتمع، يجب علينا أن نحترم ونعترف بخصوصية هذا الشخص، الاتجاه العام حاليا أننا جميعا ذوي احتياجات خاصة Special needs لابــد أن نــنظر للعملية على أنها عملية متعددة الأوجه الإعاقة عملية اجتماعية – اقتصـــادية – ثقافـــية – سياســـية – دينية – أخلاقية، الإعاقة كيان بشري متكامل. الإعاقة شيء نستطيع أن نتغلب عليه إذا آمنا بقدرة الإنسان على صنع المعجزات.

المؤلـف

١

الفصل الأول

البدايات التاريخية لدراسة اضطراب التوحد

الفصل الأول
البدايات التاريخية لدراسة اضطراب التوحد

مقدمة Introduction :

إن حـــركـــة التربية الخاصة Special Education والتأهيل Rehabilitation كملحمة إنسانية مرت بفترات من العصور التي تفاعلت خلالها مع الجهود الإنسانية Human Efforts والعقول البشرية، فأخرجت لنا المراحـــل الأربعـــة التي نعرفها جمـــيعا، وهى الانتقال من مرحلة الإهمال والغموض إلى مرحلة الرعاية الإنسانية الخـــيرة، ثم الرعاية العزلية المتخصصة أو الشبيهة بالمتخصصة، وفى النهاية تأتى مـــرحلة الدمـــج Conflation والـــتكامل مـــع مجتمع العاديين، وقد بدأت الجهود الإنســـانية موجهـــة إلـــى المـــرض أو المسبب، ثم انتقلت إلى الفرد غير العادي Exceptional أو الشـــاذ Abnormal وأشـــباهه مـــن غير العاديين، ثم أخيراً إلى الإنسان المواطن الذي لديه إعاقة (فاروق صادق، ٢٠٠٤).

ويعتـــبر القرن العشرين بحق هو البداية الحقيقية لإرساء قواعد ثابتة لرعاية فئات المعوقيـــن وبالـــتحديد فـــي أعقـــاب الحربين العالميتين الأولى والثانية وما خلفته هذه الحروب من أعداد هائلة من العجزة وأصحاب العاهات وما صاحبها من مفاهيم إنسانية حديـــثه غـــيرت مـــن شعارات (القوة والبقاء للأصلح) والتي كانت سائدة من قبل كما ظهـــرت اكتشـــافات حديـــثه كشـــفت الـــنقاب عن الكثير من طبيعة الإنسان وسلوكه Behavior وحياته النفسية والعقلية والاجتماعية (عطيات ناشد وآخرون، ١٩٦٩).

وتمثل ظاهره الإعاقة بوجه عام مشكله خطيرة في أي مجتمع، تعمل على إعاقة مســـيرة التنمية فيه ومن هذا المنطلق تتمثل إحدى مؤشرات حضارة الأمم وارتقائها فـــي مـــدى عنايتها بتربية الأجيال بمختلف فئاتها وهو ما يتجلى بوضوح في العناية التـــي يتلقاها الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة Special Needs وتوفير فرص النمو الشـــامل ممـــا يعدهـــم للانخراط في المجتمع، وإلى جانب ذلك تعد رعاية المعاقين Exceptional بمـــثابة مـــبدأ إنساني Human Principle وحضاري نبيل يؤكد على حقـــوق المعاقيـــن ويعمـــل على إتاحة الفرص المناسبة لهم حتى يتسنى لهم الاندماج Involvement مع الآخرين بدرجـــة معقولة، وتعد فئات الإعاقـــة العقليـــة Mental Retardation ومـــنها اضطراب التوحد Autism في مقدمة الفئات ذوي الاحتياجات الخاصـــة، وتمـــثل مشـــكلة مـــن المشكلات الاجتماعية الخطيرة، حيث يعد الأطفال

المعاقيـــن عقليا أقل قدرة على التكيف Maladaptation وأقل قدرة على التصرف في المواقــف الاجتماعــية المختلفة والتعامل مع الآخرين، وعلى ذلك فإن رعاية هؤلاء الأطفـــال لا تقــف عــند حــد إلحـــاقهم بالمدارس الخاصة بهم فحسب بل تمتد إلى مســـاعدتهم على تحقيق الأداء التكيفي في المواقف الحياتية المتعددة من خلال أدائهم الوظيفـــي المســـتقل Skills of Independent Behavior الـــذي يعتمدون فيه على أنفســـهم، وفي هذا الإطار تبدو المشكلة بالنسبة للأطفال التوحديين أكثر خطورة لأنهم لا يـــتلقون أي خدمات منظمة ومقصودة كما لا توجد مدارس أو جمعيات خاصة بهم على مستوى البلدان العربية بل في أغلب الأحيان يتم إلحاقهم بمدارس التربية الفكرية حيث يتم تشخيصهم على أنهم متخلفون عقليا، أما المراكز التي تعتني بهم فهي نادرة جدا أو تعتمد في الغالب على الجهود الأهلية (عادل عبدالله، ٢٠٠٢- أ).

وتتمـــثل الصـــورة التـــي كثيراً ما تقدم لوصف إعاقة التوحد في صورة طفل جمـــيل مســـجون فـــي قفص زجاجي، وطوال عدة عقود تمسك آباء كثيرون بهذه الصـــورة على أمل أن تظهر وسيلة ما تكسر هذا الحاجز الخفي وقد أعلن عن عدة طـــرق لعـــلاج هذه الظاهرة إلا أنه لم يتأيد أي منها بالبرهان ويبقى القفص قائماً لا يمـــس والآن يبدو أنه قد آن الأوان لتحطيم هذه الصورة بأكملها وعندها سيمكننا أن نلقـــى نظـــرة على حقيقة عقول الذين يعانون من اضطراب التوحد، ولقد بينت الـــبحوث والدراســـات النفســـية والفســـيولوجية أن الأفـــراد التوحديين Autistic لا يعيشـــون فـــي عوالمهـــم الداخلية الغنية بل إنهم على عكس ذلك ضحايا نقص بيولوجـــي يجعـــل عقولهـــم شـــديدة الاخـــتلاف عن عقـــول الأفـــراد العـــاديين (عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠٢).

ويـــرى نيوســـوم (١٩٩٨) Newsom انه على الرغم من أن بعض الأطفال التوحديـــين يظهـــرون بعـــض التحســـن فإن الغالبية منهم يستمرون على إعاقتهم الشـــديدة خـــلال مـــرحلة المـــراهقة ويظلـــون غـــير قادرين على العناية الكاملة بأنفســـهم مـــا لم توجد هناك تدخلات مبكرة تهدف إلى تقديم الرعاية المناسبة لهـــم (عادل عبد الله، ٢٠٠٢-ب).

وعلـــى هذا الأساس يعد توفير الرعاية النفسية والإرشادية للأطفال التوحديين كغـــيرهم مـــن فـــئات ذوى الاحتـــياجات الخاصة واجباً من واجبات المجتمع نحو مجموعة من أبنائه لم تنل حظها من الرعاية والاهتمام حتى يصبح بإمكانهم تحقيق مســـتوى مقبول من الصحة النفسية والتوافق النفسي Adjustment من جراء تقديم الـــبرامج التربوية Educational programs الخاصة لهم سواء كانت تلك البرامج

تدريبية Training أو إرشادية Counseling أو علاجية Therapeutic إذ تمثل تلك البرامج شكلاً أساسياً من أشكال الرعاية النفسية والتربوية المخططة التي تهدف إلى إكساب مثل هؤلاء الأطفال أساليب واستراتيجيات وطرائق السلوك التكيفي Adaptive Behavior ومن ثم تسهم في مساعدتهم على الانخراط في المجتمع (عادل عبدالله، ٢٠٠٢- أ)

بدايات دراسة اضطراب التوحد Historical Start

لقد عانى الإنسان في تاريخه الطويل على كوكب الأرض من العديد من حالات الإعاقة ومن بينها ما نطلق عليها اليوم إعاقة التوحد أو Autism الذى كان قديما يعتبر من حالات الاضطراب العقلي Mental Disorder أو الفصام الطفولي Childhood Schizophrenia أو الصمم والبكم Deaf - Mute أو غيرها، حتى اكتشفها الطبيب النفسي الأمريكي كانر Kanner عام ١٩٤٣ من بين مجموعة من الأطفال المتخلفين عقليا الذين يتعامل معهم، حيث تميز أحد عشر طفلا منهم بأعراض مختلفة عن الأعراض المعروفة للتخلف العقلي آنذاك وظل ينظر إليها على إنها قريبة الشبه بحاله الفصام Shezophrania برغم أنه لم يكن من بين أعراضها مظاهر الهلوسة أو التهيؤات التي تعتبر أحد الأعراض المميزة للفصام، لذا اعتبرت بعد ذلك فئة إعاقة مختلفة عنه، أطلق عليها مصطلح اضطراب التوحد وبدأ اهتمام الدوائر النفسية بدراستها وإجراء البحوث عليها على مستوى العالم (عثمان فراج، ٢٠٠٢).

ومن الناحية التاريخية استخدم مصطلح إعاقة التوحد في البداية في ميدان الطب النفسي عندما عرف الفصام في مرحلة الطفولة، وفي ذلك الوقت كان يستخدم مصطلح الذاتويه "إعاقة التوحد" كوصف لصفه الانسحاب لدى الفصاميين، ثم بعد ذلك أصبح يستخدم كاسم للدلالة على اضطراب الذاتوية "إعاقة التوحد" بأكمله (Biklen , 1993).

ويذكر عبد العزيز الشخص (٢٠٠٣) أن مصطلح التوحد الطفولي Infantile Autism ظهر لأول مرة عام ١٩٤٣ وذلك في بحث نشره الطبيب النفسي الأمريكي ليو كانر Leo Kanner ومنذ ذلك الحين أجريت عشرات الدراسات في محاولة لتحديد ماهية هذا الاضطراب المعقد سواء من حيث أعراضه، أو خصائصه أو طريقة حدوثه أو أسبابه أو أساليب علاجه.

ومـنذ أن أشـار كانر إلى هذا الاضطراب استخدمت مصطلحات مختلفة مثل توحـد الطفولة المبكر Early Infantile Autism أو Early Childhood Autism ذهان الطفولة Childhood Psychosis، نمو غير سوى Atypical Development ونمـو أنـا غـير سوى Atypical Ego Development ويرى عبد الرحيم بخيت (١٩٩٩) أن هـذه المصطلحات تعكس التطور التاريخ للتوحد واختلاف اهتمامات وتخصصات المهتمين بهذا الاضطراب.

ولاحـظ كانر أن هؤلاء الأطفال يميزهم استغراقهم المستمر في انغلاق كامل على الذات والتفكير المتميز بالاجترار الذى تحكمه الذات أو حاجات النفس وتبعدهم عـن الواقعـية، بل وعن كل ما حولهم من ظواهر أو أحداث أو أفراد، ولو كانوا أبويـه أو أخوتـه فهم دائمو الانطواء Introverting والعزلة، لا يتجاوبون مع أي مثـير بيئـي في المحيط الذي يعيشون فيه كما لو كانت حواسهم الخمسة قد توقفت عـن توصيل أى من المثيرات الخارجية الى داخلهم التى أصبحت في حاله انغلاق تـام وبحيث يصبح هناك استحالة لتكوين علاقة مع أي من حولهم كما يفعل غيرهم من الأطفال، وحتى المتخلفين عقليا منهم (عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠٢).

كمـا يشـير محمد قاسم (٢٠٠١) أن مصطلح التوحد الطفولي ومرادفاته مثل: توحد مرحلة الطفولة Childhood Autism، التوحديه أو الذاتويه الطفوليه Infantile Autism، والطفـل التوحـدي أو الذاتـوى Autistic Child مقبـولة لدى العديـد للإشـارة إلى هذه الحالة المرضية من اضطرابات النمو المنتشرة Developmental Disorder Pervasive، أما مصطلح النمو غير النمطى Atypical Developmental فتسـتعمل لوصف المرضى الذين تكون عندهم الأعراض أقل خطورة وأقل شدة، أما مصـطلح الذهان التكافلي Symbiotic Psychosis فيستعمل لوصف الأطفال الذين تكـون علاقـاتهم بالآخرين سطحية بالمقارنة مع علاقات التوحديين، أما مصطلح المـتخلف الكاذب (أو شبه المتخلف) Pseudo-Retarded فيستعمل حين يتم التشديد علـى التشخيص الفارق بين التخلف العقلي والتوحد الطفولي والمتخلف عقليا يبدي عجـزا في التواصل وفى تكوين علاقات مع المهمات والموضوعات وقد تبين أن أكثر الأطفال التوحديين هم متخلفون عقليا، أما المصطلح الأكثر عمومية ولكنه أقل تحديـدا وتعريفا هـو الذهان الطفولي Infantile Psychosis ومرادفـه هو ذهان مـرحلة الطفولة Childhood Psychosis الذي يستخدم بشكل واسع، ومنذ الوقت الذي وصفت فيه الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين اللوحة التشخيصية الإكلينيكية للاضـطراب فـي الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث والثالث المعدل للأمراض

النفســية (DSM-III.R) وذلك في عامي (١٩٨٠، ١٩٨٧) على التوالي معتبرة أنه اضطراب في النمو (اضطراب نمائي Developmental Disorder)، لم يعد ينظر إلى الاضطراب على انه ذهان، كما لم يعد ينظر إلى أعراض التوحد والذهان أنهما مترادفان.

ولقد تتبعت مارشيون (1982) Marchionne الدراسات التي تناولت موضوع الــتوحد Autism مــنذ عــام ١٩٠٦ وذلــك للــتعرف على الاضطرابات العقلية والاجتماعــية والانفعالية المصاحبة لهذا المرض، وأوضحت أن أول من تكلم عن هــذا المفهــوم هو بليولر(١٩٠٦) Bleuler ثم نيل وجلوسرى (١٩٣٦) & Neil Glessary وبعــد ذلك كانر (١٩٤٣) Kanner ويليه اسبرجر (١٩٤٤) Asperger وهــؤلاء العلمــاء ركزوا على الناحية الجينية Genetic من تاريخ العائلة وأهم ما يميز هذا المرض هو الخلل العقلي.

وتتابع الاهتمام باضطراب التوحد، حيث اهتم كل من بندر (١٩٤٧) Bender وديســبنت Despent وماهلــير Mahler ثم وولبرج (١٩٦٧) Wollberg وهؤلاء الباحــثون ركــزوا علــى الأعراض النفسية المتصلة بمرض التوحد لدي الأطفال (عمر بن الخطاب خليل، ١٩٩٤).

ثــم توالــت الدراسات حول موضوع التوحد لدى الأطفال وخاصة فيما يتعلق بخصــائص وأعــراض هذا المرض ومنها دراسة كوفمان (١٩٧٦) Kaoufman والــذي يحكــى فــيها عــن خبرته الشخصية مع ابنه، ودراسة مايرز وجرسيمان (١٩٨٦) Meyers & Griesman ودراســة جوردن وبويل (١٩٩٠) & Jordon Powell وأخــيرا دراسة باربير (١٩٩٦) Barber وهذه الدراسات قدمت محكات تشــخيص هــذا المرض وكذلك أشارت إلى خصائص مميزة لهذا المرض تجعله يخــتلف عــن صعوبات التعلم Learning Disability أو التخلف العقلي Mental Retardation ومــع زيــادة الدراســات الخاصة بهذا المرض، بدأ الاهتمام يتزايد بــتقديم بــرامج متخصصــة لاكتشاف وعلاج مرض التوحد وخاصة في المراحل الأولى، ويرجع ذلك إلى انتشار افتتاح مدارس خاصة لهؤلاء الأطفال وكانت البداية في اليابان على يد كيتاهارا (١٩٦٤) Kitahara ودراسة دينلاب وآخرون (١٩٨٨) Dunlap, et al. وتشــالين وآخــرون (١٩٩٠) Schelein, et al. ودراسة روبنس وآخرون (١٩٩١) Robbins, et al. وأخيرا دراسة واد ومور (١٩٩٤) & Wade Moore ومعظــم هــذه الدراســات كانت تركز على أهمية التدخل المبكر لتحسين حالات الأطفال ذوى التوحد من خلال تقديم برامج متكاملة علاجيه Therapeutic

وتربوية Educational مع أهمية دمج هؤلاء الأطفال مع أقرانهم العاديين في الحياة العامة والمدرسة والنادي (إسماعيل بدر، ١٩٩٧).

التطور التاريخي لدراسة التوحد :

في السطور القادمة سوف يحاول الباحث عرض الدراسات التى تناولت اضطراب التوحد بداية من مراحلها الوصفية الأولى وحتى وقتنا الراهن.

المرحلة الأولى : يمكن أن نطلق عليها مرحلة الدراسات الوصفية الأولى، وهى تلك الدراسات التي أجريت في الفترة ما بين أواسط وأواخر الخمسينات من هذا القرن، وكان الهدف الذى تسعى إلى الوصول إليه، هو أن يتضح من خلال التقارير وصف سلوك الأطفال التوحديين وأثر هذا الاضطراب على السلوك بصفة عامة، حيث اهتمت تلك الدراسات بالأطفال ذوي"ذهان الطفولة المبكرة" حيث كانت تشخص إعاقة التوحد على إنها إحدى ذهانات الطفولة بالإضافة إلى الأنماط الأخرى من اضطرابات الطفولة، وقد أسفر تحليل نتائج هذه الدراسات التى اشتملت على الكثير من المعلومات الى الكشف عن كثير من خصائص التوحد غير أنه لوحظ أن عدم التجانس بين المجموعات أو أفراد المجموعات الموصوفة في هذه الدراسات سواء بالنسبة للعمر الزمني أو المستوى العقلي أو أساليب التشخيص أو تفسير الأسباب قد أدى الى الحصول على القليل من الاستنتاجات والإستخلاصات التي يمكن أن توضع في الاعتبار عند دراسة هذا الاضطراب على المدى الطويل، ويمكن أن نذكر بعض الأسماء التى ساهمت في هذه المرحلة الباكرة بجهودها سواء في القيام بالدراسات أو كتابة التقارير مثل ليوكانر (١٩٥٣) leo Kanner، هانز اسبرجر (١٩٥٣) Hanns Asperger، وليون ايزنبرج (١٩٥٦) Leon Eisenberg (عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠٢).

المرحلة الثانية : يشير فيكتور لوتر (١٩٧٨) Victor Lotter إلى أن التقارير المبدئية للآثار الناتجة عن اضطراب التوحد والتطورات المحتملة في القدرات والمهارات لدى الأطفال التوحديين نتيجة التدريب والتي وردت في الدراسات الأولى السابقة الذكر هي قصصية بشكل كبير كما إنها غير منتظمة ولا تعطي صورة واضحة يمكن الاستفادة منها بشكل عملي، إلا أن الدراسات اللاحقة للدراسات الأولى تعد أدق من مثيلاتها الأولى، فعلى سبيل المثال نذكر دراسة مايكل روتر (١٩٦٠) Michael Rutter، ميتلر وآخرين (١٩٦٦) Mittler, et al. (محمد كامل، ١٩٩٨).

المرحلة الثالثة : ويشار إليها في أدبيات البحث النفسي في مجال إعاقة التوحد بأنهـا شهدت تيارا ثابتا من التقارير المتتابعة والكثيرة في مجال دراسات موضوع اضـطراب الـتوحد، إلا أن أغلـب هذه البحوث والدراسات قد ركزت على أكثر الأفـراد التوحديين من ذوي الأداء العالي أو ذوي المستويات العالية في القدرات العقلـية وتجـدر الإشـارة الـى أن هـذه الفـترة استغرقت عقد الثمانيات وبداية التسعينيات، ومن الأسماء التي برزت في هذه المرحلة على سبيل المثال لا الحصر شونج ولى (١٩٩٠) Chung & Lee، جيلبرج وستيفنبرج (١٩٨٧) Gillberg & Steffenberg، كوباياشي وآخرون (١٩٩٢) Kobayahi, et al. والمتتبع لنتائج تلك الدراسـات يمكـن أن يلاحـظ إنها ما زالت وصفية وغير دقيقة إلى حد ما، وذلك لاهـتمامها بـبعض السـلوكيات المحدودة، وبعض الاتجاهات المحدودة في جمع المعلومـات مثل تقارير الآباء عن مدى كفاءة أبنائهم في القيام بأدوارهم والتي من الممكـن أن تكـون غير دقيقة ولا تعكس موقفهم الحقيقي، بل يمكن أن نضيف ان أسـاليب تشـخيص حالات التوحد في المراحل الباكرة لاكتشاف.زملة أعراضها لم تكـن مرضـية دائمـا، فـي حيـن أن التأكيد المستمر على الأساليب الحديثة أو المستخدمة في التشخيص كان هو المطلوب دائما (عبدالرحمن سليمان، ٢٠٠٢).



الفصل الثاني

مفهوم التوحد Concept

الفصل الثاني

مفهوم التوحد Concept

يعد اضطراب التوحـد بمثابـة اضطراب نمائي عـام أو منتشر Pervasive Developmental Disorder ويستخـدم مصطلح الاضطراب النمائـي العـام أو المنتشـر فـي الوقـت الراهن للإشارة إلى تلك المشكلات النفسية الحادة التي يبدأ ظهـوره خلال مرحلة المهد، ويتضمن مثل هذا الاضطراب قصورا حادا في نمو الطفـل المعرفـي والاجتماعي والانفعالي والسلوكي مما يؤدى بطبيعة الحال إلى حـدوث تأخـر عـام في العملية النمائية بأسرها، إذ يرجع تسمية هذا الاضطراب بالمنتشـر أنـه يـترك آثـارا سلبية متعددة على الكثير من جوانب النمو المختلفة (عادل عبدالله، ٢٠٠٢- ب).

ويعـود مصـطلح التوحد إلى أصل كلمة إغريقية تعنى أوتوس Autos وهي تعني النفس أو الذات (Roeyers, 1995).

ويطلـق أحمـد عكاشـه (١٩٩٢) علـى إعاقة التوحد اسم الذاتويه الطفولية Childhood Autism ويعـرفها بأنها نوع من الاضطراب الارتقائي المنتشر يدل على وجوده:

١- نمو أو ارتقاء غير طبيعي أو مختل يتضح وجوده قبل عمر الثلاث سنوات

٢- نوع مميز من الأداء غير الطبيعي في المجالات النفسية الثلاث الآتية:

أ - التفاعل الاجتماعي Social Interaction.

ب- التواصل Communication.

ج- السلوك المحدد والمتكرر Stereotyped Behavior.

بالإضـافة إلى هذه السمات التشخيصية المحددة، يشيع وجود مشكلات أخرى مـتعددة وغـير محددة مثل: الرهاب (المخاوف المرضية Phobia) واضطرابات النوم والأكل Sleeping and Eating Disorder ونوبات هياج، والعدوان الوجه نحو الذات.

ويطلق عليه ارنوف ويتنج (١٩٧١) ذهان الطفولة المبكرة Infantile Autism ويعـرفه بأنـه أحـد أساليب السلوك الذهاني الذي يصنف كنموذج مستقل من نماذج الشخصية الشاذة، يظهر لدي الأطفال تحت سن العاشرة.

ويعـرفه ماكدونـالد (1972) Macdonald علـى أنه الاستغراق في التخيل المباشر للأفكار والرغبات مع افتقاد التواصل مع الواقع.

ويطلــق علــيه إبراهيم مدكور (١٩٧٥) الاجترار الذاتي أو الاجترار العقلي ويــرى أنه اصطلاح يستخدم في الطب النفسي وعلم النفس للإشارة إلى أسلوب من الخبرة والتفكير والحياة النفسية، يحل فيها الواقع النفسي محل الواقع المادي، وتقوم فــيه المشــاعر الوجدانية والحاجات الفردية Individual Needs الذاتية Self مقام الوقائع المادية والصلات الواقعية.

ويطلــق عبدالمــنعم الحفــنى (١٩٧٨) على إعاقة التوحد مصطلح الانشغال بــالذات ويقــرر أنــه مصطلح يقصد به إحدى السمات الأولية للفصام، والانشغال بــالذات أكــثر مــن العالم الخارجي. والانشغال بالذات من وجه نظره هو حركة العملــية المعرفــية في اتجاه إشباع الحاجة، فيفكر الجائع في الطعام والمسافر في الماء، ويتخيل انه يرى نبعا عن بعد، ويستعيد العجوز أيام الصبا ويجترها، وتدور أحــلام يقظــته حــول انتصارات بطولية، أما الطفل (الذاتوى) التوحدى أو الأنانى Autistic Child فهــو طفــل منسحب بشكل متطرف، فقد يجلس الأطفال الذاتوين (الــتوحديون) يلعــبون لســاعات في أصابعهم أو بقصاصات ورق وقد بدا عليهم الانصراف عن هذا العالم إلى عالم خاص بهم من صنع خيالاتهم.

ويشير ريتشارد سوين (١٩٧٩) إلى أن هناك اختلاف بين الباحثين في تناولهم لمفهــوم الــتوحد، لذلك نرى أن مصطلحات "فصام الطفولة" الذاتوية" إعاقة التوحد الطفلــية" والطفــل غير النمطي" قد استخدمت لفترة طويلة وعلى نطاق واسع عل أســاس إنهــا متســاوية فــي المعــنى بحيــث يمكن ان يحل أحدها محل الآخر، وتظــل الــتعريفات مخــتلطة، بــناء على تداخل التصنيف وبالتالى فلا غرابة في أن يستخدم مصطلــح الطفــل غير النمطــى Atypical Child ليشمل عــددا من الإخــتلالات مــن بيــنها فصــام الطفولــة، ثم ينظر إلى الطفل الاجترارى على انــه نــوع من فصام الطفولة كما يفعل كانر، في حين يختلف معه باحثون آخرون فيعتــبر أن الذاتويــه "إعاقــة الــتوحد" مخــتلفة عن فصام الطفولة أو أن نجد أحد الباحثيــن يقــترح ان نســتخدم مصــطلح "ذهــان الطفولــة" بدلا من مصطلحات "الذاتويــه" اعاقــه التوحد" والطفل غير النمطي"لنشير الى مرض يختلف عن فصام الطفولة.

ويعــرف أحمد بدوى (١٩٨٢) التوحد بأنه نوع من التفكير يتميز بالاتجاهات الذاتية التي تتعارض مع الواقع والاستغراق في التخيلات بما يشبع الرغبات التى لم تتحقق.

وقد وضع هوبسون (1986) Hobson تصورا للتوحد بأنه اضطراب في العلاقات مع الآخرين ينتج عن عدم القدرة على فهم التعبيرات الانفعالية.

ويصف مايرز وجرسمان (1986) Mayers & Grisman التوحد بأنه اضطراب غريب وأغرب ما فيه أنه تحت ملامح هادئة ويظهر أحيانا أخرى عبر صراخ وضجيج وكلمات غير مفهومة وحركات بهلوانية كما أنه غريب لأنه يصيب الذكور أكثر من الإناث ولأنه لا يحدث إلا في الطفولة المبكرة.

ويطلق عادل الأشول (١٩٨٧) عل إعاقة التوحد مصطلح الانشغال بالذات أو الأنانية ويرى أنه☞

١- اضطراب اتصالي خطير، وسلوك يبدأ في أثناء مرحلة الطفولة المبكرة، وعادة ما يبدأ قبل ٣٠ شهر وحتى ٤٢ شهر من عمر الطفل (مابين سن العامين والنصف إلى نحو ثلاثة أعوام ونصف تقريبا) ويتصف الطفل الاجترارى بالكلام عديم المعنى، فينسحب داخل ذاته وليس لديه اهتمام بالأفراد الآخرين وهو طفل سريع التأثر والتعلق بالآخرين وقد يكون المصاب لديه أحيانا ميولا للحيوانات، وقد يطلق على إعاقة التوحد مصطلح الانشغال الطفولى بالذات Infantile Autism أو عرض كانر Kanner Syndrome.

٢- تمثل التخيلات مع استبعاد الاهتمام بالواقع وهو عرض من أعراض الفصام.

و تنظر مارجريت ماهلر Mahler إلى الذهان الذاتوى (التوحد) على أنه حالة التثبيت Fixation أو النكوص Regression إلى الذاتويه السوية (التمركز السوى حول الذات) مما ينتج عنه تشوهات في هذه المرحلة ويخفق الطفل في إدراك أمه بوضوح، كما يخفق في التفرقة بين ما بداخل جسمه وما بخارجه، وترى وجهة النظر الدينامية أن الصورة على هذا النحو إنما تشير الى هلوسة سلبية ترتبط بعجز الطفل عن التوجه نحو العالم الخارجي، فالطفل الذى يمكن أن نطلق عليه اسم الطفل الذهاني الذاتوي (الاجتراري) هو هذا الطفل الذى يبدو منغلقا على نفسه داخل دائرة تحمل صفة القدرة المطلقة السحرية، تلك التى تعدها ماهلرMahler بمثابة الدفاع ضد تفاضل وفض الحيوية ويكون هناك فض الاستثمارات في المدركات Perceptions عن بعد، تلك التى يدفع ثمنها الطفل في شكل صمم مصطنع ويستشعر الطفل بناء على ذلك الخطر في الواقع الخارجي، ذلك الخطر الدائم الذى يهدد توازنه الداخلي ولذلك فإنه يوطد بناء حاجز المثيرات Stimulus s، ويمكننا أن تلاحظ في مثل هذه الحالات غيابا في استثمار اللبيدو Investment of libido في السطح الخارجى للجسم (الأمر الذى نراه واضحا في

غياب الإحساس بالألم لدي هؤلاء الأطفال) وكذلك غيابا في شحن المناطق الشبقية Erogenous Zones ويستبدل الطفل الأنشطة الشبقية الذاتية بأنشطة عدوانية ذاتية Auto Aggressive تلك التي نعتبرها في حقيقة الأمر محاولة الإحساس بحدود خارجية للجسم (نيفين زيور، ١٩٨٨).

كما يعرف وولف Wolf (1988) الأطفال الذين يعانون من الاضطراب التوحدى على أنهم الذين:

١- ينقصهم التواصل الانفعالي.
٢- قصور في اللعب التخيلي.
٣- ينقصهم التواصل اللغوي المتمثل في فساد النمو اللغوي مع قصور في شكل ومضمون الكلام وترديد آلي لما يسمع.
٤- النمطية والتقولب والإصرار على الطقوس والروتين وردود الفعل العنيفة إزاء أي تغيير في هذه الأنماط مع وجود الكثير من الحركات الآلية الغير هادفة مثل: هز الرأس، حركه اليدين، الأصابع.

ويشير كمال دسوقي (١٩٨٨) إلى أن الاجتراريه (التوحد) تحمل معها عموما فكرة أن المادة مستمدة من الفرد نفسه، وإنها تظهر بطبيعة الحال في أحلام اليقظة والخيالات والتوهمات والهلوسات.... الخ وبتعبير آخر إن مضمون الفكر هو في معظمه باطنى المنشأ Endogenous وفي الأمثلة التقليدية للفكر الاجترارى، كالذي يوجد في الفصام تقوم دائرة اللاشعور بأكبر مساهمة في الاجترار، ويضيف كمال دسوقي أن الاجتراريه أيضا هي إحدى صور النرجسية Narcissism ولو أن النرجسي ليس مقيدا في محتوى العقل الشعورى بالمادة الذاتيه، بل انه الشخص الذي يفسر معظم المادة في حدود نفسه، ويرى أن التوحد مصطلح يقصد به اهتمام مرضى بالنفس مع عدم مبالاة بالآخرين من الناس وميل للتراجع إلى الخيالات الباثولوجية (المرضية)، بالإضافة الى الميل الى أن يكون نسق تفكير المرء وإدراكه حاجاته ورغباته الشخصية بغير وجه حق، وعلى حساب التنظيم القائم على الحقيقة الموضوعية، وفهم العالم الخارجي على أنه أقرب لرغبات الفرد مما هو في حقيقته، علاوة على الإحساس باللذة في الخيالات Fantasies التي تصور الحقيقة في إطار تحقيق الرغبة، حتى عندما لا يقوم التصديق بها، ويرى أن هذا المعنى الكلي للاجتراريه يمكن فهمه من خلال ثلاثة معانى أساسية هي:

١- التفكير الذي تحكمه الحاجات الشخصية أو النفسية Psycho or Personality Needs.

٢- إدراك Perception العالم في حدود الرغبات باعتبارها معارضه للحقيقة.
٣- الانشغال المفرط أو الاهتمام بأفكار المرء وتخيلاته الخاصة.

ويطلق جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافي (١٩٨٨) مصطلح الأوتيسيه Autism على إعاقة التوحد ويعنيان بها : انسحاب الفرد من الواقع الى عالم خاص به من الخيالات والأفكار، وفي الحالات المتطرفة توهان وهلوسات وقد اعتقد ذات مرة إن إعاقة التوحد هى الخاصية الأولى للفصام ولكنها تلاحظ الآن في اضطرابات أخرى مثل ذهان الشيخوخة وفى زملة كانر kanner Syndrome (اجتراريه طفليه مبكرة) وبعض حالات الاكتئاب Depression والشخص الاجترارى ذو شخصيه مغلقه Shut in وهو ملتفت إلى داخله ومنشغل انشغالا كاملا بحاجاته ورغباته التي يتم إشباعها كلية إلى حد كبير في الخيال؛ أما إذا كنا نتحدث عن الأطفال فإنه يقصد بالطفل الذاتوى أو الاجترارى Autistic Child؛ الطفل الذى فقد الاتصال بالآخرين أو لم يحقق هذا الاتصال قط، وهو منسحب تماما ومنشغل انشغالا كاملا بخيالاته وأفكاره وبالأنماط السلوكية المقولبة، كبرم الأشياء أو لفها والهزهزة، ومن خصائصه الأخرى لامبالاته إزاء الوالدين والآخرين، وعجزه عن تحمل التغيير Change وعيوب النطق أو الخرس Mutism وتفسر هذه الحالة لدى البعض بأن لها أساسا عضويا ويفسرها آخرون باعتبارها شكلا من أشكال الفصام.

ويعرف فاخر عاقل (١٩٨٨) التوحد على أنه مصطلح يقصد به ☜

١- تفكير محكوم بالحاجات الشخصية أو الذات.
٢- إدراك العالم الخارجى من خلال الرغبات بدلا من الواقع.
٣- الانكباب عل الذات والاهتمام بالأفكار والخيالات الذاتيه.

ويطلق عليه عبد الرحمن العيسوي (١٩٩٠) لفظ الاضطراب الذاتى، ويرى انه صفه تميز تفكير الفصامي.

كما عرف لويس (1990) Lewis.Volkmar التوحد على أنه اضطراب فى الارتقاء الاجتماعي واللغوي مصحوب بأنماط سلوكيه نمطية.

ويشير ازونوف (1990) .Ozonoff, et al إلى أن التوحد عبارة عن زملة أعراض تمثل عجزا أو اضطراب لجوانب نمائية أساسية ومتعددة لدي الطفل.

وتعرفه ماريكا (1990) Marica بأنه زملة أعراض سلوكية تعبر عن الانغلاق على النفس والاستغراق في التفكير وضعف القدرة على الانتباه Attention Deficit

Disorder وضـعف القدرة على التواصل وإقامة علاقات اجتماعيه مع الآخرين فضلا عن وجود النشاط الحركي المفرط Hyperkinesis.

أما جيلبرج (1990) Gillberg فيرى أن التوحد عبارة عن زملة أعراض سلوكية تنـتج عـن أسباب متعددة Mult Causes وغالبا مصحوبة بنسبه ذكاء (IQ) منخفضة وقصور في التفاعل الاجتماعي وقصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي.

ويعـرف كامـبل وآخرون (Campbell, et al. (1991 التوحد على أنه خلل عضوى عصبي في وظيفة المخ وأن الأعراض تختلف في نوعها وحدتها من طفل إلى آخر تبعا لنوع ومكان الإصابة.

ويعـرفه فتحي عبد الرحيم (١٩٩٠) بأنه اضطراب من اضطرابات الطفولة يجعـل صـاحبه غـير قادر على التواصل مع الآخرين ويميل إلى الانسحاب من المواقف الاجتماعية.

ويعـرفه داين (Dianne (1992 بأنه قصور في العلاقات الاجتماعية والتطور اللغوي والإصرار على الأفعال النمطية والروتين اليومي.

وتطلق كرستين مايلز (١٩٩٢) لفظ الانفرادية الانعزالية وتصفها بأنها حالة لا يتواصل الأولاد مع الآخرين ومكونات لغتهم قليله جدا، والطفل الانفرادي ممكن أن يكون في أي مستوى من الذكاء فقد يكون طبيعيا Normal أو بارعا جدا أو متخلفا عقليا.

ويطلـق الشـخص والدماطـي (١٩٩٢) على إعاقة التوحد عدة معان منها : اجـترار الذات، استثارة الذات، الأوتيسية، ويقصدان به اضطراب شديد في عملية التواصـل والسلوك يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة (ما بين ٣٠- ٤٢ شهر) ويؤثر في سلوكهم حيث نجد معظم هؤلاء الأطفال (النصف تقريبا) يفتقرون الكـلام المفهـوم ذي المعنى الواضح كما يتصفون بالانطواء Introverting على أنفسـهم وعدم الاهتمام بالآخرين، وتبلد المشاعر وقد ينصرف اهتمامهم أحيانا إلى الحـيوانات أو الأشـياء غير الإنسانية ويلتصقون بها ويطلق على هذه الحالة أيضا "فصام الطفولة" Infantile Autism أو زمله كانر Kanner Syndrome.

ويعـرف فـي التصـنيف الدولـي للأمراض في طبعته العاشرة (ICD-10) Classification International of Diseases بأنـه مجموعـة من الاضطرابات تتمـيز باخـتلالات كيفـية في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة وفي أنماط التواصل ومخـزون محدود ونمطي ومتكرر من الاهتمامات والنشاطات وتمثل هذه الغرائب الكيفية سمة شائعة في أداء الفرد في كل المواقف (Schwartz, 1992).

ويعـــرف بول موسن إعاقة التوحد بأنها اضطراب عقلي خطير يصيب صغار الأطفـــال ويتميز بالاستغراق في الخيال إلى حد الابتعاد عن الاهتمام بالواقع وإلى حـــد العجز عن استخدام اللغة في التفاهم والتواصل الفكرى (بول موسن وآخرون، ١٩٩٣).

ويـــرى محمد الدفراوى (١٩٩٣) أن التوحد يتميز بزملة اضطرابات مجهولة الســـبب تؤدى إلى إعاقات متعددة MultiImpairment ومختلفة من الاضطرابات التـــي تؤثـــر فـــي النواحـــي المعرفية مثل التأخر العقلى، التأخر الدراسى، التأخر اللغوى، المشاكل الانفعالية، مشاكل في البصر والسمع.

ويطلق عليه بلويلر الذاتويه ويرى أنه عرضا مميزا لمرض الفصام وهو يشير إلـــى تلك الحالة من الانطواء التام على الذات وتحقيق اللذة في تلك التخيلات التى تحقق رغبات الفرد الذاتية مهما كانت بعيدة عن الواقع (فرج عبد القادر، ١٩٩٣).

وقـــد حدد جيلبرج (١٩٩٢) Gillberg التوحد على أنه زملة أعراض سلوكية تتمـــيز بالعلاقـــات الاجتماعـــية غـــير السوية والتواصل غير السوى ويرتبط ذلك بانخفاض العمر العقلى.

ويرى محمد عشيش (١٩٩٣) أنه من الصعب تحديد مفهوم أو تعريف للتوحد وذلك لتعدد المراجع والآراء ولكن هناك شبه اتفاق على أنها حالات:

١- تظهر قبل البلوغ والمراهقة وتتسبب في ارتباك قوى لبنية الشخصية.
٢- تعيق الطفل عن فهم واقعه وعن فهم واقع غيره.
٣- نسبة وجوده في المجتمعات من ٠,٥ إلى واحد في الألف حسب الإحصائيات.
٤- كـــل منطوي العالم يتشابهون، لأن الذهان الانطوائى يصيب الطفل قبل النمو الإدراكي.

و يضـــيف محمـــد عشـــيش أنـــه في بداية القرن كانت الاضطرابات العقلية والتخلف العقلي يعتبران شيئا واحدا، إلى أن ظهر شيئا فشيئا التباين بينهم، فتنوعت المواصفات التطبيقية فتجد الأنواع التالية:

أ - الذهان الإنطوائي Autistique.
ب- الذهان التكافئي Symbiotique.
ج- الذهان التخلفى Deficitaire.
د - الذهان المتأخر Les psychoses Tardives.

ويشـــير عمـــر بن الخطاب خليل (١٩٩٤) إلى اضطراب التوحد (الأوتيسية) على أنه مصطلح يقصد به:

أ - اضطراب واضح في الارتقاء الاجتماعي واللغوي مصحوب بأنماط سلوكية نمطية.

ب- زملة سلوكية تنتج عن أسباب متعددة وغالبا ما تكون مصحوبة بنسبة ذكاء منخفضة.

ج- التأكيد على حقيقة أن التوحديه غالبا ما تتسم بشذوذ في التفاعل الاجتماعي والاتصال.

د - أن نسبة حدوث هذا الاضطراب ما بين ٢-٤كل عشره آلاف طفل.

ويعرف عثمان فراج (١٩٩٤، ع(٤٠)) التوحد على أنه مصطلح يستخدم لوصف إعاقة من إعاقات النمو تتميز بقصور في الإدراك وتأخر النمو ونزعة انطوائية انسحابية تعزل الطفل عن الوسط المحيط بحيث يعيش منغلقا على نفسه لا يكاد يحس بما حوله ومن يحيط به من أفراد أو أحداث أو ظواهر.

ويطلق رمضان القذافي (١٩٩٣) على إعاقة التوحد كلمه "الفصام الذووى" (ذاتي التركيب) ويرى أنها حالة اضطراب عقلي تصيب الأطفال، وعلى الرغم من مظهر الأطفال الطبيعى، إلا أنه يلاحظ لديهم عدم الميل إلى غيرهم من الأطفال بشكل طبيعي، بالإضافة إلى تميزهم بالاضطراب السلوكي الاجتماعى Social Behavior Disorder والانفعالي الذهني وكان الاتجاه السابق هو اعتبار هذه الحالة من حالات فصام الشخصية لدى الأطفال ولكن اتضح خلو الأعراض من كثير من علامات الاضطراب الفصامي المعروفة مثل الخيالات Imagination والهذاءات Eikasia مما جعل العلماء يرون فيها حاله خاصة Special Case قائمه بذاتها، كما تم استبعاد فكرة التخلف الذهنى كذلك لتمييز المصابين ببعض المهارات العادية Normal Skills التي لا توجب اعتبارهم من المتخلفين ذهنيا وتتميز هذه الحالة بشكل خاص بعدم القدرة Disability على الاتصال أو التعلم أو المشاركة في النشاطات الاجتماعية.

واتفق كل من (Jordan, Poweller, 990; Miller, 1990; Alcentra, 1994; Hobson, 1986) على أن التوحد يعتبر من الاضطرابات الانفعالية، وأن خصائص الأطفال التوحديين تظهر في ثلاث مجالات من الاضطراب هي: التعبير الانفعالي، التواصل اللغوي Linguistic Communication، السلوك الاجتماعى Social Behavior (Alcentra,1994).

ويعرفه عبدالعزيز الشخص وعبدالسلام عبدالغفار (١٩٩٢) على أنه نوع من اضطرابات النمو والتطور الشامل بمعنى أنه يؤثر على عمليات النمو بصفة عامة

وفى مجالات العلاقات الاجتماعية والأنشطة والنمو اللغوي بصفة خاصة وعادة ما يصيب الأطفال في سن الثلاثة سنوات الأولى ومع بداية ظهور اللغة حيث يفتقرون إلـــى الكلام المفهوم ذى المعنى الواضح كما يتصفون بالانطواء على أنفسهم وعدم الاهتمام بالآخرين وتبلد المشاعر.

وعـــرفه جيلـــبرج (1992) Gilberg على أنه زملة سلوكية تنتج عن أسباب مـــتعددة مصـــحوبة فـــي الغالـــب بنســـبة ذكاء منخفض وتتسم بشذوذ في التفاعل الاجتماعي واتصال شاذ.

وعـــرفه استيرلنج (1994) Osterling على أنه ذلك الاضطراب الذى يتضمن قصـــورا فى التواصل الانفعالي وتأخر فى النمو اللفظي المصاحب بشذوذ فى شكل ومضـــمون الكلام والترديد الآلى وعدم القدرة على استخدام الضمائر بالإضافة إلى النمطية والإصرار على الطقوس دون توقف مع وجود استجابات تتسم بالعنف إزاء أى تغيير.

وعرفته الجمعية الأمريكية لتصنيف الأمراض العقلية American Psychiatric Association 4th E (1994) علـــى أنـــه فقدان القدرة على التحسن فى النمو مؤثرا بذلك على التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي وهو عادة ما يظهر فى ســـن قبل ثلاث سنوات والذى يؤثر بدوره على الأداء التعليم وبعض حالات التوحديه تكـــون مرتـــبطة بتكرار آلي امقاطع معينة من كلمات محددة، ويظهر هؤلاء مقاومة شديدة لأى تغيير فى الروتين اليومي وكذلك يظهرون أفعال غير طبيعية لأى خبرات جديدة (DSM-IV, 1994).

ويـــرى بوير (1995) Bauer أن التوحد هو أحد الأشكال الحادة جدا والشديدة ضـــمن مجموعة من الاضطرابات الإنمائية المنتشرة Pervasive Development Disorder وتتســـم الاضـــطرابات الإنمائية المنتشرة بأن المصابين بها يعانون من أوجـــه قصـــور فـــى الصلات الاجتماعية ومهارات التواصل وبوجود أنشطة غير ســـوية، واهـــتمامات شـــاذة من قبيل السلوكيات الطقوسية والنمطية، والضعف في مهارات اللعب التخيلي.

وتعـــرف الجمعـــية الوطنية للأطفال التوحديين The National Society for Autistic Children (NSAC) الـــتوحد بأنه اضطراب أو متلازمة يعرف سلوكيا، وأن المظاهـــر المرضـــية الأساسية يجب أن تظهر قبل أن يصل عمر الطفل الى ثلاثين شهرا، والذي يتضمن الاضطرابات التالية:

أ - اضطراب في سرعة أو تتابع النمو.

ب- اضطرابات في الاستجابات الحسية.
ج- اضطرابات في الكلام واللغة والسعة المعرفية.
د - اضطراب في التعلق أو الانتماء للناس والأحداث والموضوعات (يوسف القريوتي وآخرون، ١٩٩٥).

أما التعريف الدقيق الذى جاء فى الدليل الإحصائي الرابع DSM-IV فينص على أنه حالة من القصور المزمن فى النمو الارتقائي للطفل يتميز بانحراف وتأخر في نمو الوظائف الأساسية المرتبطة بنمو المهارات الاجتماعية واللغوية وتشمل الانتباه Attention، الإدراك الحسي Sensibility، النمو الحركى Movement Growth وتبدأ هذه الأعراض خلال السنوات الثلاث الأولى ويصيب حوالى ٥ أطفال فى كل ١٠٠٠٠ (عشرة آلاف) ولادة حية بنسبة أكبر بين الذكور عن الإناث (١:٤) ويحدث فى كل المجتمعات بصرف النظر عن اللون والأصول العرقية أو الطائفية أو الخلفية الاجتماعية ولم تكتشف حتى الآن عوامل Factors (Causes) سيكولوجية بيئية مسببة للإصابة بالتوحد، بل يغلب الظن بأن العوامل المسببة ذات جذور عضوية فى المخ والجهاز العصبي المركزي (Roeyers, 1995).

وتعرف Lissa B التوحد على أنه نوع من اضطرابات النمو المعقدة والتى تتميز بغياب العلاقات الاجتماعية والتواصل والمحادثة مع وجود العديد من السلوكيات الشاذة والمنحرفة عن النمو العادي ويحدث هذا الاضطراب دائما قبل سن ثلاثة سنوات ويستمر باقى الحياة مع هؤلاء الأطفال، وغالبا ما يصاحب هذا الاضطراب نقص فى القدرات العقلية بنسب متفاوتة (Swetenhan, 1996).

ويعرف Howlin (1997) التوحد على أنه مصطلح يطلق على أحد اضطرابات النمو الارتقائي الشاملة التي تتميز بقصور أو توقف فى نمو الإدراك الحسي واللغة، وبالتالي في نمو القدرة على التواصل والتخاطب والتعلم والنمو المعرفي والاجتماعي، ويصاحب ذلك نزعة انسحابية Withdrawal انطوائية وانغلاق على الذات Sullen مع جمود عاطفي وانفعالي، ويصبح وكأن جهازه العصبي قد توقف تماما عن العمل، كما لو كانت قد توقفت حواسه الخمس عن توصيل أو استقبال أية مثيرات خارجية أو التعبير عن عواطفه وأحاسيسه، وأصبح الطفل يعيش منغلقا على ذاته في عالمه الخاص، فيما عدا اندماجه في أعمال أو حركات نمطية عشوائية غير هادفة لفترات طويلة أو في ثورات غضب عارمة كرد فعل لأي تغيير أو ضغوط خارجية لإخراجه من عالمه الخاص.

ويـرى إسـماعيل بدر (١٩٩٧) أن التوحد هو اضطراب انفعالي في العلاقات الاجتماعـية مـع الآخريـن، ينـتج من عدم القدرة Inability على فهم التعبيرات الانفعالـية وخاصـة فـي التعبير عنها بالوجه أو باللغة، ويؤثر ذلك في العلاقات الانفعالية مع ظهور بعض المظاهر السلوكية النمطية.

وعرفه المعهد القومي للصحة العقلية (PIMH, 1998) على أنه تشويش عقلي يؤثـر علـى قـدرة الأفـراد على التواصل Communication، وإقامة علاقات Relation ship مـع الآخرين، والاستجابة بطريقة غير مناسبة مع البيئة المحيطة بهـم وبعـض التوحديين قد يكونوا متأخرين أو يعانون من تخلف عقلي أو بكم أو لديهـم تأخر واضح في النمو اللغوي وبعضهم يبدون منغلقين أو محصورين داخل أنمـاط سلوكية اجتماعية ومشكلات حسية تتصل بالإدراك ومشكلات في التواصل وكـل هـذه المشكلات تؤثر على سلوكهم وبالتالي على قدرتهم على التعلم ومن ثم قدرتهم على التكيف مع الحياة.

ويعـرف كرانتز (1998) Krantiz التوحد بأنه أحد اضطرابات النمو الشديدة فـي السلوك عند الأطفال Sever Developmental Disorder of Behavior دون وجـود علامـات عصبية واضحة Is Not Accompanied by Demonstrable Neurological Signs أو خلـل عصـبي ثابـت أو تغيرات بيوكيميائية أو أيضية Biochemical or Metabolic أو علامات جينية.

ويطلق ماجد عماره (١٩٩٩) على التوحد مسمى الانغلاق النفسي ويعرفه بأنه حالة من حالات الاضطرابات الارتقائية الشاملة (المختلطة) يغلب فيها على الطفل الانسـحاب والانطـواء وعـدم الاهـتمام بوجـود الآخرين أو الإحساس بهم أو بمشاعرهم، ويتجنب الطفل أي تواصل معهم وبالذات التواصل البصري وتتسم لغته بالاضطراب الشديد، فيغلب عليها الترديد والتكرار لما يقوله الآخرين أو الاجترار، والطفـل المنغلق نفسيا لديه سلوك نمطي، وانشغال بأجزاء الأشياء، وليس بالأشياء نفسـها ويخـتلف عن غيره من حالات الإعاقة الأخرى بمجموعة من الخصائص المميزة والمتغيرات المعرفية وغير المعرفية.

وعرفـت دائـرة المعـارف العامة (١٩٩٩) التوحد على أنه عجز شديد في المقـدرة الخاصـة بالجهاز العصبي الذي ينتج عنه ضعف واضح في مقدرة الفرد علـى الـتعلم Educability واكتسـاب المعلومات، وهذا الاضطراب يتخلل جميع الوظـائف الخاصة فيصبح مؤشرا لوجود اضطراب بيولوجي في الناحية التطورية للمخ ولم يتعرف على سبب حدوث هذا الاضطراب الى الآن، وتبدأ تظهر أعراض

التوحد في خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل وتتضمن عدم التخاطب الطبيعي، غياب التواصل الاجتماعي، غياب السلوك الخاص باللعب التخيلي ويصبح لدى الفرد طقوس غريبة لا يستطيع الاستغناء عنها ويظهر عليه التبلد فى الاستجابة للغير وتبلد المشاعر تجاه الألم والخطر ويصبح السلوك ممزق ومشتت ويعطوا هؤلاء الأفراد استجابات عنيفة ضد أي تغيير، وأوضحت الإحصائيات أن من ٧٥-٨٠% من هؤلاء الأطفال يعانون من تأخر عقلي بدرجات متفاوتة (Michel. W, 1999).

ويعرفه شارون نيورث Sharyn, Neuwirth, et.al (1999) وآخرين بأنه اضطراب عقلي ينتج عنه قصور في القدرة على التواصل وتكوين علاقات مع الآخرين وإصدار استجابات غير ملائمة اجتماعيا، وبعض الأفراد التوحديين ذوي المستوى الوظيفي المرتفع (ذو الإعاقة الخفيفة) يقترب مستوى الذكاء والمحادثة لديهم من العاديين وآخرون لديهم تخلف عقلي أو خرس أو تأخر لغوي والبعض يفرض على نفسه عزله شديدة، وينغمس في الانشغال بإصدار سلوكيات نمطية، كما يتسم تفكيرهم بالجمود والتصلب.

وتعرفه الجمعية الأمريكية للتوحد (١٩٩٩) على أنه نوع من الاضطرابات التطورية والتي تظهر خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل وتكون نتائج الاضطرابات نيرولوجية تؤثر على وظائف المخ وبالتالي تؤثر على مختلف نواحى النمو فتجعل التواصل الاجتماعي صعب عند هؤلاء الأطفال وتجعل عندهم صعوبة فى التواصل سواء كان لفظي أو غير لفظيا ودائما ما يستجيب هؤلاء الأطفال إلى الأشياء أكثر من الاستجابة Rsponse إلى الأشخاص ويضطرب هؤلاء الأطفال من أي تغيير يحدث في بيئتهم ودائما يكرروا حركات جسمانية أو مقاطع من الكلمات بطريقة آلية متكررة (Autism Society of American ,1999).

ويعرفه السيد الرفاعي (١٩٩٩) على أنه أحد مظاهر الاضطرابات الارتقائية ويحدث كنتيجة مباشرة لاختلال هرمونية الارتقاء والبعد عن المسار الطبيعي ومن أهم علاماته اختلال في التفاعل الاجتماعي وقصور في عملية التواصل مع قلة الاهتمامات والأنشطة والتأخر اللغوي والقدرة على استخدام اللغة في التواصل بشقيه اللفظى وغير اللفظي بالإضافة إلى وجود ضروب سلوكية تتسم بالطابع التكراري النمطي ويغلب القصور المعرفي على الصورة الإكلينيكية للطفل التوحدي من خلال اضطراب وظائف الإدراك والانتباه والتفكير والتخيل والتذكر،

الأمـــر الذى يجعل أن هناك صعوبات في التوافق Maladjustment مع المتغيرات البيئية من جهة ومع المحيطين به من جهة أخرى.

وتعرف سهى أمين (٢٠٠١) التوحد على أنه نوع من الاضطرابات الارتقائية المعقـدة التـــي تظل متزامنة مع الطفل منذ ظهوره وإلى مدى حياته، وتؤثر على جمـــيع جوانب الفرد وتبعده عن النمو الطبيعي، ويؤثر هذا النوع من الاضطرابات الارتقائـــية علـــى التواصل Communication سواء كان اللفظي أو غير اللفظي وأيضـــا على العلاقات الاجتماعية Social Relation وعلى أغلب القدرات العقلية لهـــؤلاء الأفـــراد المصابين بالتوحد، ويظهر في خلال السنوات الثلاث الأولى من عمـــر الطفـــل ويفقده التواصل والاستفادة ممن حوله سواء أشخاص، أو خبرات أو تجارب يمر بها، وهذا النوع من الاضطراب لا شفاء منه، ولكن قد يتحسن بالتدخل العلاجي المبكر.

ويعـــرف محمـــد عز الدين (٢٠٠١) التوحد على أنه اضطراب يتعلق بتطور الدمـــاغ مـــع وجـــود بعض الملامح المميزة والخاصة بالإعاقة التواصلية وبعض الاهـــتمامات الطقوســـية غـــير القابلـــة للتغيـــير ويعتبر التوحد المصنف الرئيسي لمجموعـــة مـــن الاضـــطرابات التي يطلق عليها مجتمعة مصطلح الاضطرابات التطورية المنتشرة.

ويشـــير عـــبد العزيز الشخص (٢٠٠٢) إلى أن التوحد هو أحد الاضطرابات الإنمائـــية الشـــاملة التي تعتبر من أكثر مشكلات الطفولة إزعاجا وإرباكا وحيرة، لأنهـــا تتضمن انحرافا فى جميع جوانب الأداء النفسي خلال مرحلة الطفولة بما في ذلـــك الانتـــباه والإدراك والـــتعلم واللغة والمهارات الاجتماعية والاتصال بالواقع والمهارات الحركية.

و يـــرى عبدالرحمـــن ســـليمان (٢٠٠٢) أنه يتعين على من يتصدى لتعريف التوحد أن يشير إلى عدة أمور منها:

١- أن التوحد هو أحد الاضطرابات الارتقائية (الإنمائية) المنتشرة.
٢- أنه يتميز بنمو أو ارتقاء غير طبيعي يتضح وجوده قبل عمر ثلاث سنوات.
٣- أنه يتميز باضطراب في الاستجابة للمثيرات الحسية.
٤- أنه يتميز باضطراب في اللغة والكلام.
٥- أنـــه يتمـــيز بشخصـــية مغلقـــة، والتفات إلى داخل الذات، والانشغال الكامل بالحاجـــات والرغـــبات الخاصـــة، والتي تجد الإشباع التام لها على مستوى الخيال.

٦- أنه يتميز بأنماط سلوكية مقولبة (نمطية متكررة).
٧- أنه يتميز بشذوذ فى التفاعل الاجتماعي والتواصل مع الآخرين.
٨- أنــه نادرا الحدوث أو تتراوح نسبة حدوثه ما بين ٢-٤ فى كل عشرة آلاف طفل.

ويذهــب دورمان وليفيفر (١٩٩٩) Dorman & Lefever الى أن التوحد يعد بمــثابة اضــطراب نمائي حاد يظهر على الطفل خلال السنوات الثلاث الأولى من عمره، ويعتبر نتيجة لاضطراب عصبي Neurological يؤثر على الأداء الوظيفي للمــخ، ويؤكــد دونلاب وبيرس (١٩٩٩) Dunlap & Pierce أن التوحد يؤثر في قدرة الطفل على التواصل، وفهم اللغة، واللعب، والتفاعل مع الآخرين، وأنه يعتبر زملة أعراض مرضية سلوكية، وهذا يعنى أن تعريفه Definition يقوم على أنماط السلوك التي تصدر عن الفرد، ولا يعد التوحد مرضا، كما أنه ليس معدى بالمعنى الذى نعرفه، ولا يكتسب من خلال الاتصال بالبيئة (عادل عبدالله،٢٠٠٢- أ).

وتشــير زينب شقير (٢٠٠٥-ب) إلى التوحد على أنه اضطراب نمائى يظهر عــادة فــى الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل وهو نتيجة لاضطرابات عصبية Neurological تؤثر سلباً على الأداء الوظيفي للمخ، ويمثل ضعفاً شديداً فى إقامة أي نوع من العلاقات مع الآخرين في المجتمع، وحتى مع الوالدين أو المقربين له، وفشلاً في تطور اللغة بشكل طبيعي، ويصل لحالة من الإنسحاب والإنعزال.



الفصل الثالث

مدى شيوع وانتشار الاضطراب

الفصل الثالث

مدى شيوع وانتشار الاضطراب

يذكـــر أحمـــد عكاشه (١٩٩٢) أن نسبة انتشار اضطراب التوحد بين الأطفال تتراوح بين ٤-٥ أطفال بين كل ١٠,٠٠٠ طفل.

وقد أوضحت دراسات كانر (1973) Kanner التي بدأت في الأربعينات وحتى أوائـــل الســـبعينات والتي اعتمدت في تشخيصها لحالات التوحد على المعايير التي وضـــعها لهـــذا الغرض أن نسبة الإصابة بإعاقة التوحد في أمريكا غالبا ما تكون (٤-٥) حالات في كل (١٠٠٠٠) ولادة في الأعمار الأقل من (١٥) سنة.

وقد أشـــار جيلبرج (1990) Gillberg في إحـــدى دراساته أن نسبة الإصابة بالـــتوحد فـــي المرحلة العمرية من ٥-٧ سنوات تقدر بنسبة ١٢,٤ لكل ١٠٠٠٠ ولادة حـــية، بينما كانت نتائج دراسة أخرى لجيلبرج تعبر عن نسبة انتشار بمعدل ١١,٦ لكل ١٠,٠٠٠ ولادة حيه في المرحلة العمرية من ٤-١٤ سنة، في حين أن جوتنـــبرج وجـــد أن نسبة الانتشار تقدر بحوالي ٨,١ لكل ١٠,٠٠٠ ولادة حية في نفس المرحلة العمرية ونفس المنطقة التى أجريت فيها دراسة جيلبرج وتشمل الهند الغربـــية نيجيريا – سيرلانكا والتي تم التشخيص فيها بناء على معايير كانر، وكان من نتائج دراسات جيلبرج وآخرون التي تم إجراؤها في السويد ومناطق يوهسلان الريفـــية أن نسبة انتشار الإصابة بالتوحد أو ما يسمى شبيه التوحد Autism Like تقدر بحوالي ٦,٦ حالة لكل ١٠٠٠٠ طفل.

كمـــا تشـــير بعـــض الدراسات التي أجريت في إنجلترا إلى أن معدل انتشار اضـــطراب التوحد ٤-٥ أطفال كل عشرة آلاف، وقدر معدل انتشار الاضطرابات مشوهة النمو (التوحد والاضطراب مشوه النمو غير المصنف) في مكان آخر بـــ ١٠-١٥ حالة لكل ١٠٠٠٠ طفل (محمود حمودة، ١٩٩١).

وفـــى دراســـات لوتر Lutter (١٩٨٦)، سكوبلر (١٩٨٧، ١٩٨٩) Scopler التـــي اعـــتمدت فـــي تشخيص حالات الأوتيزم على معايير DSM III كانت نسبة الإصابة بالتوحد حوالي (٢-٥) حالات لكل ١٠٠٠٠ ولادة حيه ونسبة الإصابة في الذكـــور أكثر من الإناث بمعدل ٣ أو ٤ مرات في حين كانت نسبة انتشار الإصابة فـــي جنوب اليابان بمعدل ١٣,٦ لكل ١٠٠٠٠ طفل (Tanous, et.al, 1988) وفى دراسات مسحية تم إجراؤها في إنجلترا ظهرت نتائج مختلفة بعض الشيء عن التي

ظهرت في أمريكا أو شرق آسيا فكانت نسبة الانتشار تتراوح بين (٢٠-٣٠) حالة لكل ١٠٠٠٠ ولادة حية، وفى دراسة أخرى قام بها كامبرول Camberwell لتشخيص حالات التوحد على أساس العجز الاجتماعي وجد أن نسبة انتشار الإصابة بالتوحد حوالي ٢١ لكل ١٠,٠٠٠ طفل (Dianne, 1992).

وقد أشارت بعض الدراسات التي أجريت في الولايات المتحدة أنه يوجد على الأقل ٣٦٠,٠٠٠ فرد مصابا بالتوحد، ثلثهم من الأطفال وأوضحت الدراسات أن التوحد يعد الإعاقة الرابعة الأكثر شيوعا للإعاقات المختلفة والتي تتمثل فى التخلف العقلي Mental Retardation والصرع والشلل المخى CB ويحدث التوحد فى (٤) أطفال كل عشرة آلاف مولود (Micheal, 1997).

أما عن نسبة الانتشار فى مصر، فقد ذكر عثمان فراج أن هذه الإعاقة يعاني منها ما بين (١٠٠-٢٠٠) ألف طفل (عثمان فراج، ١٩٩٦، العدد (٤٥)).

كما يشير محمد قاسم (٢٠٠١) إلى أن التوحد اضطراب نادر الحدوث نسبيا، ويقدر بجوالي ٢-٥ ولادات من كل ١٠,٠٠٠ آلاف ولادة (Lord & Paul, 1998) ويرى أنه بسبب عدم الاتفاق على تعريف Definition الاضطراب فإن الأبحاث السابقة حول انتشاره غالبا تتضمن دراسة الأطفال الذين يتصفون بخصائص وصفات مختلفة أحيانا، إلا أن الدراسة التى قام بها جيلبرج (١٩٩٤) Gillberg والتى استعمل فيها معيار روتر لتشخيص التوحد، والذى يشبه المعيار الذي وضعه الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث للأمراض النفسية (DSM.III) في تشخيصه للاضطراب، وقد استعمل في دراسته أطفالا من مناطق قروية في السويد لأكثر من ١٥ سنة، ووجد أن معدل حدوث اضطراب التوحد الطفولي خلال هذه الفترة كان بمعدل (٢-٥) لكل (١٠٠٠٠) عشرة آلاف طفل وتدل هذه الدراسة على أن حدوث الاضطراب أقل من تلك التي توصلت إليها الدراسات الأخرى، فقد قدرت بعض الدراسات نسبة حدوث الاضطراب بين (٤-٥) حالات من كل (١٠٠٠٠) عشرة آلاف ولادة (Mesibov & Handland, 1998) وقد استندت هذه النتيجة إلى دراسات وبائية من بيئات مختلفة إنجليزية ودانمركية ويابانية وسويدية، إلا أن الدراسة التي قام بها وينج (١٩٧٨) Wing قدرت النسبة بحدود (٨) ثمانية لكل (١٠٠٠٠) عشرة آلاف ولادة، في هذه الدراسة بحث وينج حالة ٤٧ طفلا يعانون من إعاقة اجتماعية أكثرهم يعانون من الصمت Mutism ومن الترديد الببغاوي Echolalia وبعض السلوك النمطي وهذه الأعراض هى ما تميز اضطراب التوحد، وباستخدام المقابلة Interview صنف (وينج) الأطفال الذين يعانون من النمطية

الروتينــية المــتكررة في السلوك عن أولئك الذين لا يظهرون مثــل هذه النمطية وتبين له أن المجموعة الأولى (ذوى السلوك النمطى المتكلف) لهم تاريخ سابق فى الــتوحد الـنمطي وبنسبة (٤-٩ لكل ١٠ آلاف طفل) أما المجموعة الثانية فكانت النســبة (١٦ لكــل ١٠ آلاف طفــل) أما بالنسبة لمعدل الحدوث الكلي للأعراض الــثلاثة مجــتمعة (الصمت، الترديد الببغاوي والنمطية التكلفية في السلوك) فكانت بحــدود (١٠ لكــل ١٠ آلاف حالــة) ويــرى محمــد قاســم أن هذه النتائج تدعم الفرضــية القائلة بأن اضطراب التوحد يحدث على طول خط متصل Continuum وبدرجــات مــتفاوتة من الشدة وأنه في الحالات متوسطة الشدة تكون نسبة حدوث الاضــطراب أعلــى من نسبة حدوثه في الحالات الخطيرة منها، وهناك العديد من الدراســات التــي أجريــت فــي اليابان، استخدمت بها تقنيات ومعايير تشخيصية متــنوعة، تبين أن معدل حدوث الاضطراب قد بلغ ١٦ حالة لكل ١٠ آلاف طفل، وأن ١٣٩ طفــلا مــن هــؤلاء المفحوصــين كانت أعمارهم دون ٣٦ شهر وكان عشــرون (٢٠) طفلا من هؤلاء المفحوصين قد تمت متابعتهم حتى بلغت أعمارهم بين (٣-٦) سنوات.

ويذكــر عــبد الرحمــن ســليمان (٢٠٠٢) أن إعاقــة التوحد تحدث بنسبة (١-٢٥٠٠) واحد إلى ألفين وخمسمائة من بين الأطفال وقد تظهر بشكل تدريجي، كمــا قد تظهر بشكل فجائي بين عمر سنتين وثلاث سنوات بعد أن يكون الطفل قد نمى فى سنواته الأولى نموا طبيعيا.

ويشــير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية في طبعته الثالثة DSM-III الصــادرة عــام ١٩٨٠ أن الاضــطراب نادر ونسبة انتشاره من ٢-٤ حــالات بيــن كل عشرة آلاف حالة، كما تذكر هذه الطبعة أن الاضطراب ينتشر بدرجة أكبر بين أفراد الطبقة العليا في المجتمع ويشير إلى أن السبب Reason في ذلك غير معروف حتى الآن، أما الطبعة الرابعة من الدليل DSM.IV الصادرة في عــام ١٩٩٤ فإنها تعدل نسبة الانتشار، حيث تذكر أن النسبة من ٢-٥ حالات من بيــن كــل عشــرة آلاف حالــه كمــا أن هذه الطبعة أسقطت الإشارة إلى شيوع الاضــطراب بين أفراد الطبقة العليا مما يشير إلى أن البحوث الانتشارية التالية لم تجد ما يدعم الاستنتاج التي وصلت إليه الطبعة الثالثة وقد يفسر ذلك أن الأفراد في الطبقتيــن الوسطى والدنيا قد يكونون أقل انتباها إلى جوانب الاضطراب والشذوذ فى حياة أبنائهم إذا ما قيسوا إلى أفراد الطبقة العليا (علاء الدين كفافى، ٢٠٠١).

وفي عام (١٩٨٨) قامت جامعة لوس أنجلوس بولاية كاليفورنيا بمسح في ولاية بوتـا على عينة مكونة من (٢٠٧) أسرة وجد أن بينهم (٢٠) أسره (٩,٧%) لدي كل منها أكثر من طفل يعاني من التوحد، كما وجد أن نسبة انتشار التوحد بين الأطفال الذين يولدون إخوة لأطفال يعانون من التوحد يصل إلى (٤,٥%) بينما ينتشر التوحد في المجتمع الأمريكى عامة بنسب أقل من ذلك بكثير (١٠-٢٠) حالة من بين عشرة آلاف مواطن، وفى هذه الدراسة ذاتها يتضح من الإحصاء التحليلي Analytical Statistics أن انتشار التوحد بين أطفال ولدوا لإخوة يعانون من التوحد في أسرهم يزيد ٢١٥ ضعفا عن انتشاره بين أطفال المجتمع (Howlin, 1998).

ويعنى هذا أن احتمالات ولادة أطفال توحديين أكثر بكثير عندما يكون لهم أخوة يعانون من التوحد، حيث وصلت النسبة إلى (٨,٦%) وإذا كان الطفل المعوق الأول ذكرا، فإن هذه النسبة تكون ٧% ولكنها ترتفع إلى (١٤,٥) إذا كان الطفل السابق أنثى (Barley,et.al,1996).

وتعرض سهى أمين (٢٠٠١) لبعض الدراسات والأبحاث الحديثة التي أشارت إلى أن اضطراب التوحد يحدث فيما يقرب من ١٠-١٥ طفل من بين ١٠٠٠٠ طفل في بلد في مثل حجم الولايات المتحدة الأمريكية.

أما فيما يتعلق بالفروق بين الجنسين فإن الاضطراب التوحدي يحدث بمعدل ٤ مرات أكثر في الأولاد عن البنات ولا يذكر سبب مفهوم إلى الآن فى ظهور التوحد عند البنين أكثر من البنات كما أثبتت الأبحاث أنه في حالة إصابة البنات تكون إعاقتهم أكثر صعوبة وخطرا وتكون درجة ذكائهم منخفضة جدا عن غيرهم من البنين الذين في مثل حالتهم وأشارت بعض الدراسات في الولايات المتحدة إلى أن هناك معدل انتشار كبير لإصابة الأولاد الذكور الذين هم أوائل مواليد لآبائهم وأيضا لا يعرف سبب لذلك حتى الآن (National Autism Society,1999).

كما أن كانر Kanner (1973) قد أشار في دراساته التي بدأت في الأربعينات وحتى أوائل السبعينات إلى أن الإصابة تظهر في الذكور أكثر من الإناث بنسبة (٤ : ١) وأن البنات التوحديات يمكن إلى أن يكن أشد اضطرابا، ويشير تاريخهن الأسرى إلى كثرة انتشار الخلل المعرفي عن الذكور.

وقد أوضحت دراستا لورد وآخرين (١٩٨٢، ١٩٨٥) أن هناك فروقا واضحة في نسبة حدوث المرض بين الذكور ونسبتها بين الإناث بنسبة ٣ :١ على التوالي وكذلك أكدت دراسة بارون كوهين (1991) Baron-Cohen على أن هذا الاضطراب يحدث في الذكور بنسبة ٤ : ١ مرات أكثر من الإناث (Francis J, Tuner, 1984).

ويـــتفق في ذلك كلا من (Gillbery, 1988)، (DSM-.III, 1980) حيث ذكر أن أعـــراض الـــتوحد تظهر على الذكور باستمرار أكثر من البنات بنسبة ٣ أو ٤ ذكور لكل بنت واحدة (Davison & Neal, 1982).

ويذكـــر إســـماعيل بـــدر (١٩٩٧) مـــن خلال استعراض لبعض الدراسات والبحوث (Nelson & Israel, 1991) وكذلك لعدد من الحالات فى مدارس التربية الخاصـــة والتي اتضح من خلالها أن نسبة حدوث مرض التوحد تزداد لدى الذكور عن الإناث.

كمـــا لوحـــظ أن الإنـــاث يكن أقل ذكاء وأكثر ميلا لإظهار برهان على تلف الدماغ Brain Damage، وتوصل فريمان (١٩٩٧) Freeman إلى أن لدي البنات التوحديات قصور معرفي أشد من الأولاد، وذكر يونج (١٩٨١) Wing أن الذكور بشـــكل عام يوصفون بارتفاع مهاراتهم الفراغية المكانية، بينما الإناث ينظر إليهن على أنهم أعلى في المهارات اللغوية (إلهامى عبدالعزيز، ١٩٩٩).

وقـــد لاحـــظ كانر عند وصفه المبكر (١٩٤٣) للتوحد أنه يحدث في الطبقات العلـــيا، وذكـــر بـــيرج (١٩٨٥) Berg أن الـــتوحد أكثر احتماليه لأبناء الطبقات التخصصية (عمر خليل، ١٩٩٤)

ويؤيـــد هذا ميللر (١٩٩٠) Miller حيث ذكر أن آباء وأمهات هؤلاء الأطفال كانوا من المستويات والمراكز التربوية العالية (نادية أبو السعود، ٢٠٠٢).

وقـــد كشـــفت دراســـات عـــام (١٩٧٠) عدم صدق النتائج الخاصة بالطبقة الاجتماعية وأن سبب هذا الاعتقاد هو عدم اكتشاف الاضطراب وتحويله لدى أبناء الطـــبقات الفقـــيرة خلال هذه الفترة الزمنية، وهو ما أكدته دراسة قام بها برايسون (١٩٩٦) Bryson وأيـــدت عدم وجود فروق فى معدل انتشار التوحد بين الطبقات المختلفة (إلهامي عبدالعزيز، ١٩٩٩).

ولقد صدر عن الجمعية الأمريكية للتوحد (١٩٩٩) The Autism Society of America أن الـــتوحد ومـــا يرتبط به من سلوكيات يحدث لفرد واحد من بين كل خمســـمائة فـــرد أي بنسبة ١: ٥٠٠ وأن نسبة انتشاره بين البنين تزيد عن انتشاره بيـــن البـــنات بأربعـــة أضعاف، كما أصدر المركز إحصائيات تدل على أن هناك حوالي خمسمائة ألف شخص بالولايات المتحدة يعانون من التوحد، وتذهب الجمعية الأمريكـــية للتوحد (Autism society of America(١٩٩٩ إلى أن معدل الانتشار هـــذا قـــد جعـــل من التوحد ثالث أكثر الاضطرابات النمائية شيوعا متخطيا بذلك زملـــة أعراض داون Down Syndrome حيث يرون أن التوحد وما يرتبط به من

اضـــطرابات يحــدث تقريــبا لدى ستين حالة من بين كل عشرة آلاف حاله ولادة (عادل عبدالله، ٢٠٠٢- أ).

وإذا كانـــت الجمعـــية الأمريكـــية للتوحد (١٩٩٩) The Autism society of America تؤكد على معدل Rate الانتشار هذا والذي جعل من هذا الاضطراب ثالث أكـــثر الاضـــطرابات النمائـــية شـــيوعا، فـــإن تقرير قسم الخدمات الخاصة بذوى الاضطرابات النمائية بولاية كاليفورنيا (١٩٩٩) California state Department of Developmental Services يؤيد هذا الرأى حيث يتضح أنه بتحليل البيانات المتعلقة بالجوانـــب النمائـــية والديموجرافـــية للأفـــراد التوحديين فى المراكز الإقليمية الأحد وعشـــرين للتوحد التابعة لولاية كاليفورنيا والتي تقوم بتقديم الخدمات لهؤلاء الأفراد وأســـرهم وذلك من خلال أحد عشر عاما تمتد من بداية عام ١٩٨٧ حتى نهاية عام ١٩٩٨ يتضح أن عدد الأفراد التوحديين ينمو بشكل سريع للغاية وذلك قياسا بأقرانهم ذوى الاضـــطرابات النمائـــية المخـــتلفة ممـــا أدى بالتالـــي إلى زيادة أعداد الأفراد التوحديين الذين يقدم لهم المركز الإقليمي خدماته لدرجة أنه قد ألحق بهذا المركز فى عـــام ١٩٩٨ فقط ١٦٨٥ فردا جديدا، وبذلك فإن عدد الأفراد الذين يقدم لهم المركز خدماتـــه يـــتجاوز بكثـــير العـــدد المـــتوقع وفقـــا للمعدلات الكلاسيكية للاضطراب Traditional Rates وتوضـــح الـــتقديرات أن صافي معدل الزيادة السنوية في عدد الأفـــراد التوحديين قياسا بأقرانهم ذوى الاضطرابات الأخرى يصل إلى ٣% تقريبا، وتؤكـــد الجمعية الأمريكية (١٩٩٩) The Autism Society of America أن نسبة انتشـــار هـــذا الاضطراب في الولايات المتحدة يبلغ ٠,٦% ويرى كندول (٢٠٠٠) Kendall أن نســـبة انتشـــار التوحد في اليابان على سبيل المثال Instance تعد أعلى مـــن مثيلتها فى أي دولة أخرى من دول العالم حيث تتراوح بين ٠,١٣% و٠,١٦% فـــي حين تبلغ النسبة فى المملكة المتحدة ٠,٠١% أما الصين فتعد أقل دول العالم فى انتشار هذا الاضطراب حيث تبلغ النسبة بها ٠,٠٠٤% (عادل عبدالله، ٢٠٠٢-ب).

ومـــن العـــرض الســـابق يتضح لنا اختلاف نتائج الدراسات التي تحدد نسبة انتشـــار الاضطراب، ويرى إيدسون (١٩٩٨) Edison أن التضارب في معدلات الانتشـــار يرجع إلى البلد الذى تتم فيه الدراسة، وإلى اختلاف الدلالات التشخيصية (إلهامي عبد العزيز،١٩٩٩).

وقـــد يكون السبب في الاختـــلاف راجعـــا إلى خطـــأ فى التشخيص Error Diagnosis أو فى التباين الواضح في المحكات المحددة لتشخيص الإعاقة وعدم وجود أدوات تشخيصية تعتمد على التقدير الموضوعى أو الاختلاف في عمر الأطفال.

فعلـــي ســـبيل المثال، قد دلت المسوح التى تعتمد على المعايير التى وضعها كانـــر Kanner علـــى أن معدل انتشار الاضطراب في أمريكا غالبا ما يكون فى حدود ٤: ٥ حالات بين كل عشرة آلاف طفل في الأعمار الأقل من ١٥ سنة، بينما نجـــد النسبة ترتفع فى انجلترا عن غيرها من المجتمعات حيث أنها تستخدم معايير أكثر مرونا واتساعا تتراوح هذه النسبة بين ٢٠: ٣٠ حالة من بين كل عشرة آلاف طفل (عثمان فراج، ١٩٩٦، العدد (٤٥)).

ولكن بالرغم من ذلك فإن هناك شبه اتفاق بين نتائج معظم الدراسات على أن معدل انتشار الإصابة بالتوحد تتراوح ما بين ٤ : ٥ حالات في كل ١٠,٠٠٠ ولادة حيه وأن هذه النسبة تظهر في الذكور أكثر من الإناث بمعدل (٤ : ١) وأنه موجود في جميع المستويات الاجتماعية والجنسيات المختلفة دون تفرقة.

ووفقـــا لأحدث الإحصاءات Statistics التي نشرها الاتحاد القومي لدراسات وبحـــوث التوحد بالولايات المتحدة الأمريكية وذلك في يناير عام ٢٠٠٣ فإن نسبة انتشار التوحد قد ارتفعت بدرجة كبيرة للغاية حيث أصبح متوسطها ١ : ٢٥٠ حالة ولادة بعـــد أن كانـــت قبل ذلك مباشرة وفقا لتلك الإحصاءات التي نشرتها الجمعية الأمريكـــية للتوحد Autism society of American في عام ١٩٩٩ قد بلغت ٤-٥ أفراد لكل عشرة آلاف ولادة، وقد أدى ذلك بطبيعة الحال إلى أن تجاوز اضطراب الـــتوحد مـــتلازمة أعـــراض داون في الترتيب بعد أن كانت تلك المتلازمة تسبقه وبذلـــك أصبح اضطراب التوحد هو ثاني أكثر الإعاقات الفعلية انتشارا، ولا يسبقه فـــي ذلـــك سوى التخلف العقلي فقط Mental Retardation أما متلازمة أعراض داون فتأتي بعده مباشرة (عادل عبدالله، ٢٠٠٤-ب).

ومـــع ذلـــك فإن نسبة انتشار هذا الاضطراب فى البلاد العربية لا تزال غير معـــروفة حتى الآن، حيث لا توجد مدارس خاصة بالأطفال التوحديين، ولا توجد مراكـــز أو جمعـــيات خاصة بهم إلا نادرا، وأن مثل هذه المراكز فى غالبتها تعد مراكز أهلية، كما أن تلك الفئة من فئات الإعاقة تكاد تكون مهملة، والأكثر من ذلك كلـــه أن أعضـــاء تلـــك الفئة يتم تشخيصهم بشكل خاطئ على أنهم متخلفون عقليا وبالتالـــي يتم إلحاقهم بمدارس التربية الفكرية، وهو الأمر الذى يكون من شأنه أن يؤدي إلى عدم قدرتهم على الاستفادة من تلك البرامج التى يتم تقديمها لهم فى مثل هـــذه المـــدارس حيـــث أن تلك البرامج يتم تقديمها للأطفال المتخلفين عقليا وليس للأطفال التوحديين.

٤

الفصل الرابع

الأسـباب Causes

الفصل الرابع

الأسباب Causes

أسباب التوحد :

مما لا شك فيه أن أي اضطراب لابد أن تقف خلفه مجموعة من العوامل، وعادة ما يكون من الصعب، بل ومن المستحيل أحيانا أن يكون هناك سبب واحد يعد هو المسئول عن حدوث اضطراب معين أو يمكن أن نعزو مثل هذا الاضطراب إليه ومن الجدير بالذكر أن العلماء قد تمكنوا من تحديد سبب معين لحالات اضطراب التوحد وذلك لدى نسبة لا تتجاوز ١٠% تقريبا فقط من أولئك الذين يعانون من هذا الاضطراب، وعلى هذا الأساس تظل الحقيقة التي باتت مؤكدة أو حتى شبه مؤكدة تتمثل في أن حوالي ٩٠% تقريبا أو يزيد من حالات هذا الاضطراب لم يتمكن أحد من تحديد سبب معين نعزو حدوث مثل هذا الاضطراب له ومع ذلك هناك بعض الحقائق التي تتعلق بتلك الأسباب التي يمكن أن تؤدى إلى اضطراب التوحد (عادل عبدالله، ٢٠٠٤ – ب)

يمكننا أن نعرضها على النحو التالي:

١ – عوامل نفسية واجتماعية Psycho and Social Factors:

هناك افتراضات ووجهات نظر حاولت تفسير التوحد فنظرت وجهة النظر الاجتماعية لها على أنه اضطراب في التواصل الاجتماعي نتيجة ظروف البيئة الاجتماعية Socialization غير السوية التي ينتج عنها إحساس الطفل بالرفض من الوالدين وفقدان الآثار العاطفية منهما بما أدى إلى انسحابه من التفاعل الاجتماعي مع الوسط المحيط به، في حين يفسرها النموذج النفسي على أنها شكل من أشكال الفصام Schizophrenia المبكر الناتج عن وجود الطفل في بيئة تتسم بالتفاعل الأسري غير السوي مما يشعره بعدم التكيف أو التوافق النفسي (عادل عبدالله، ٢٠٠٢– أ)

ويرى عمر بن الخطاب خليل (١٩٩٤) أن الأطفال التوحديون غالبا ما تكون بيئتهم أقل تفاعلية وأكثر جمودا وانسحابية وغير اجتماعية مما يجعل الطفل شديد الانطوائية مما يؤدي لصعوبة أو عدم قدرة أو رغبة فى التفاعل مع الآخرين، وكنتيجة إلى أن الإشارات التي يصدرها الطفل غالبا ما تكون غير مستتبعة باستجابات، فإن ذلك يزيد من احتمالية أن يكون الطفل عصابيا كنتيجة للإحباط

المستمر الـــذي يتعرض له وكنتيجة لاختـــلاط الإشارات والاستجابات الصحيحـــة عليه.

ويشير O'Gorman (1970) إلى أن فشل العلاقة العاطفية بين الأم والطفل قد يكـــون مرتبطا ببعض أنواع الانفصال عن الأم سواء كان هذا الانفصال طبيعيا أو عاطفـــيا، فالانفصــــال الطبيعي ربما يكون بسبب طول فترة البعد عن الطفل والتي تحــدث عــند ميلاد طفل جديد أو حمل آخر للأم بسبب انشغالها ببعض الوقت عن الطفـــل، أمـــا الانفصــــال العاطفي فيرجع إلى عدم قابليه الأم والطفل لصنع علاقة مرضية معا وربما يرجع ذلك إلى أن الأم فصامية أو تعاني من مرض عاطفي أو متعلقة طفوليا بأمها لدرجة أنها لا تستطيع القيام بدور الأم.

وافـــترض بتلـــيهم Batelheim (١٩٧٦) أن الـــتوحد ينشأ من الخبرات غير المشـــبعة وذكـــر كابلن وصادوق Kaplan & Sadock (١٩٨٥) أنه من النادر أن يكـــون أبـــاء الأطفـــال التوحديين لديهم مشاعر دافئة تجاه أبنائهم كما قدم سارفيس وجارســـيا Sarvis & Garcia (١٩٦٧) عـــددا مـــن العوامل الأسرية النفسية التي تنشط التوحد (نادية أبو السعود، ١٩٩٧).

ويرى أنصار هذه النظرية (كانر، اسبيرجر، جولد فارب، بتيلهم، ريملاند) أن التوحد ينشأ عن خبرات مبكرة غير مشبعة وتهديديه، فينشأ الأساس المرضي تتجه فشـــل أنـــا Ego الطفل في تكوين إدراكه نحو الأم، والتي تكون بمثابة المثل الأول لعالمـــه الخارجـــي وبالتالي لم تتح له الفرصة لتوجيه أو تركيز طاقته النفسية نحو موضوع أو شخص آخر منفصل عنه (Wing, 1966).

وقـــد تصور كانر Kanner المكتشف الأول لهذه الإعاقة عام ١٩٤٣ في أول تقرير له عنها أن العامل المسبب للإعاقة هو مجموعة من العوامل الذاتية المحيطة بـــالطفل فـــي مراحل نموه المبكر فى نطاق الأسرة، منها أسلوب تنشئته أو تعامل الطفـــل مع الأسرة، ومنها افتقاد الطفل الحب والحنان ودفء العلاقة بينه وبين أمه ومنها غياب العلاقات العاطفية (Frane Matson, 1987)

هـــذا التفســـير للعامل المسبب لإعاقة التوحد ظل سائدا برغم أنه خلال العقود الخمسة الماضية لم يظهر على الساحة أي بحث علمي ميداني يؤكده.

وقـــد كـــان كانـــر Kanner يعتقد أن هناك بعض العيوب الفطرية الموروثة تستثار بفعل البرود الانفعالي Emotional coldness تجاه الطفل التوحدي من قبل الوالديـــن، في حين يؤكد باحثون آخرون غير كانر بشكل أكبر على تأثير العوامل الســـيكولوجية فـــي تنشـــئة الطفل، وعلى وجهة النظر القائلة بأنه فى وقت ما من

الأوقات كانت أمهات الأطفال التوحديين باردات انفعاليا ومنسحبات اجتماعيا، وربما كان يغذي هذه النظرية التكرار النسبي لتواتر القرابة لدي الوالدين من الناحية العقلية والمهنية، وأيضا من خلال الحقيقة القائلة أن الأم تعاني من صدود ابنها التوحدي نتيجة عجزه عن الاستجابة لها، وهذا هو السبب إلى أنها لا تميل تماما إلى إظهار أنها ليست على صلة به وأن العلاقة التواصلية بينهما شبه مقطوعة (عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠٢).

وقدم كانر kanner وصفا تفصيليا لآباء الأطفال التوحديين من خلال الدراسة التي أجراها مع إيزنبرج (١٩٥٦) Isenberg فوصفهم بالتبلد الانفعالي والبرود العاطفي Emotional Refrigeration والرغبة في الاستحواذ Obsession والعزوف عن الآخرين Detached، وإنهم أكثر قلقا More Anxiety ولديهم ضعفا في دفء العلاقات الأبوية، وضعف عام في ملامح الشخصية ويميلون إلى الآلية في كل شيء Mechanical كما أن لديهم ذكاء ملحوظ، وأكد أن الوالدين لا يرغبان في وجود هذا الطفل (Goldstein, et.al, 1986).

ويرى عبد الرحيم بخيت (١٩٩٩) أن فقدان التفاعل الاجتماعي والعزلة التي يظهرها الطفل التوحدي كان يعتقد بأنها دليل على العلاقة المرضية الشديدة بين الطفل وأمه وإلى الاتجاهات السلبية من الوالدين تجاهه، ولذا فقد استخدمت مصطلحات للدلالة على هذا الاضطراب مثل الاضطراب الانفعالي الشديد، النقص في نمو الأنا، فصام الطفولة وغيرها، وبناءا عليه فإن والدي الأطفال التوحديين كانوا يلامون على اعتبار أنهم السبب الأولي لاضطراب أبنائهم، فقد وصفت الأمهات بأن عواطفهن جامدة غير مغذية Non-nurturing والآباء متشددون وحازمون.

وفي عام (١٩٦٧) قام المحلل النفسي بيتلهام بعزل هؤلاء الأطفال عن والديهم مؤكدا أن الوالدين الرافضين الباردين Cold and Ejective يعتبرا السبب الرئيس في توحد أطفالهم وانغلاقهم على ذواتهم مشددا على ضرورة البرامج التربوية والمداخلة العلاجية التي تساعد هؤلاء الأطفال على إخراج العدائية الوالدية لا الشعورية.

واستبعد (وينج) بمعهد مودزلي بجامعة لندن الأسباب النفسية لهذا الاضطراب واعتبره اضطرابا عضويا في وظائف المخ Brain Function، والإدراك Perception، والإحساس السمعي والبصري وخللا في التواصل، والعلاقات بين الطفل والمجتمع.

أمـــا فـــي الوقت الحاضر ونتيجة للدراسات الحديثة والخبرات الإكلينيكية فإن الافتراضـــات السابقة حول إعاقة التوحد أصبحت مشكوك بها، فوجهة النظر القائلة بعـــزو إعاقـــة التوحد إلى خصائص الوالدين لم تعد مقبولة، ذلك أن التأكيد لم يعد على جعل الوالدين كأسباب الاضطراب وإنما أصبح التأكيد على أهمية الدور الذي تلعـــبه الجوانـــب المعرفـــية والاضطرابات النمائية لدي الأطفال التوحديين أنفسهم (عبدالرحمن سليمان، ٢٠٠٢).

وفي إصدار عن المركز الطبي بمدينة ديترويت الأمريكية (١٩٩٨) Detroit Medical Center يتضـــح أن هذا الاضطراب النمائي الحاد المعروف بالتوحد لا يـــزال سببه الحقيقي غير معروف للآن، ويضيف مركز مقاومة الأمراض والوقاية منها بالولايات المتحدة (١٩٩٩) Center Disease Control and prevention أن الـــتوحد لا يرتـــبط بأي تاريخ أسري مرضي أو ممارسات أسرية أو ثقافية، وهو الأمـــر الـــذي أدى إلى رفض بعض النظريات التي سادت من قبل والتي ربطتها ببعض السلوكيات الوالدية (عادل عبدالله، ٢٠٠٢- أ).

٢- عوامل جينية وراثية Genetic Factors:

تشـــير نـــتائج العديـــد من الدراسات التي تم إجراؤها في هذا الإطار إلى أن العوامـــل ذات الجـــذور الوراثـــية أو الجينية تعد أهم العوامل المسئولة عن حدوث اضطراب التوحد وأن مثل هذه العوامل إنما ترجع إلى وجود عامل جيني واحد أو أكـــثر له إسهامه في مثل هذا الصدد، ومن أهم العوامل التي تؤدي إلى اضطراب الـــتوحد مـــع أنها يمكن أن تؤدي في الوقت ذاته إلى إعاقة عقلية أخرى كالتخلف العقلي على وجه التحديد ما يلي:-

١- حالات التصلب الدرني للأنسجة Tuberous Sclerosis.
٢- حالات الفينيلكيتونوريا phenyl ketonuria.
٣- حالات كروموزم × الهش Chromosome × Fragile.

ومـــن المعـــروف أن مثل هذه العوامل تعد بمثابة حالات وراثية في أساسها، وهـــي مع اعتبارها كذلك فإنها كحالة هي التي تعد وراثية، أما ما ينتج عنها وهو الـــتلف الذي يلحق ببعض خلال المخ فهو دون شك لا يعد وراثيا، ولكنه ناتج عن حالة وراثية (عادل عبدالله، ٢٠٠٤- ب).

وقد تبين من استعراض بعض الدراسات المسحية التي أجريت لاختبار ما إذا كانت الوراثة تلعب دورا كعامل مسبب، أن ما بين ٢-٤% من أطفال آباء يعانون

من التوحد قد أصيبوا بالتوحد، وهي نسبة تزيد أكثر من ٥٠% ضعفا عن انتشارها في لمجتمع العام، وفي بحث مقارن بين عينة من التوائم المتطابقة (من بويضة واحدة) وأخرى من التوائم المتشابهة (من بويضتين مختلفتين) وجد أن التوحد ينتشر بنسبة ٣٦ % في المجموعة الأولي، ولم يوجد إطلاقا في العينة الثانية (Hawlin, 1997).

ويرى بايلي وآخرون Bailey, et. al (1993) أن نسبة التوحديين الذين يظهر لديهم الكرموزوم × الهش حوالي ١٣% منهم ١,٦% من التوائم أو الحالات الفردية التي لها ظروف أسرية مرتبطة بوجود اضطراب معرفي.

وقد أثبتت بعض الدراسات الحديثة إلى أن هناك ارتباط بين التوحد وشذوذ الكروموزمات وأضحت هذه الدراسات أن هناك علاقات ارتباطيه وراثية مع التوحد وهذا الكروموزوم (Fragile x) ويعتبر Fragile x شكل وراثي حديث مسبب للتوحد والتخلف العقلي وأيضا له دور أساسي في حدوث مشكلات سلوكية تتمثل في النشاط الزائد Hyperactivity والانفجارات العنيفة والسلوك الأناني ويظهر عند الفرد المصاب بكروموزوم إكس الهش تأخر لغوي شديد وتأخر في النمو الحركي ومهارات حسية فقيرة، وهذا الكروموزوم شائع بين البنين أكثر من البنات ويؤثر هذا الكروموزوم في حوالي ٧ : ١٠% من حالات التوحد (Leda & Helene ,1993).

ويشير نيلسون وإسرائيل (1991) Nelson & Israel إلى أن الضعف في الكروموزوم X هو المسئول عن حدوث خلل في القدرات العقلية ويؤدي إلى الإصابة بالتوحد ويظهر ذلك في ٥ : ١٦% من حالات التوحد وقد يفسر ذلك انتشار التوحد لدى الذكور أكثر من الإناث، كما أضاف سببا آخر وهو أن التحجر في بعض الخلايا الداخلية Tuberous sclerosis والتي تتحول إلى الجين المسيطر على القدرات العقلية وربما ذلك يؤدي على حدوث ٥ % من حالات التوحد.

وترى نهلة غندور (٢٠٠٠) أن التوحد مرض جيني له علاقة بكرموزوم Chromosome رقم ٧ وكروموزوم رقم ١٥ وله أسباب بنوية، وتعني بكلمة أسباب بنيوية، بنية الجهاز العصبي المركزي، وبخاصة الدماغ، وتشير إلى أن الدراسات في هذا الحقل أظهرت أن هناك اختلافا في حجم بعض أجزاء الدماغ بين الأطفال المصابين بالتوحد وغير المصابين به، كما أنه اكتشف وجود خلل في نسبة بعض النواقل العصبية Neurotransmitters مثل السيرتونين Serotonin وفي أحجام الخلايا العصبية الموجودة في الدماغ وأن للتوحد أسباب هضمية حيث يفتقر

بعض الأطفال المصابين بالتوحد إلى وجود بعض الإنزيمات التي تساعد في تفكيك بعض المواد الغذائية، وبالتحديد الأطعمة التي تحتوي على مكونات الحليب والقمح وأن وجـود هـذا الخلل يتسبب في تسرب بعض المواد المفككة إلى الدماغ فتؤثر بالتالي على عمله بشكل سلبي.

ويشـير عثمان فراج، ٢٠٠٣ ((ع ٧٣)) إلى أنه من المؤكد أن للوراثة دور كعـامل مسبب ولكننا لا نعلم بالضبط ما هو هذا الدور، هل هو مباشر نتيجة جين معيـن (وفي الغالب أنه نتيجة أكثر من جين واحد) وما هو هذا الجين أو الجينات، ومـا هـو الكـروموزوم أو الكـروموزومات التي يحملها وعلى أي موقع على الكروموسوم يقع، أو أنه تأثير غير مباشر، بمعنى أن ما يورث هو بمجرد استعداد تبنـي علـيه عوامل بيئية، أو غير مباشر بمعنى أن وجود جين معين أو مجموعة منها يؤدي إلى قصور عضوي أو وظيفي، مثل حالة قصور التمثيل الغذائي PKU أو خلـل كروموسومي كما يحدث في العديد من حالات التخلف العقلي، مثل حالة مـتلازمة داون O. S أو كروموسوم × الهش أو تؤدي إلى خلل في إفراز الناقلات العصـبية Neurotransmitters مثل السيرتونين أو إلى نقص أو قصور في جهاز المناعة.

وإلـى جانب ذلك هناك بعض الحقائق التي تؤكد على الدور الحيوي للعوامل الوراثية في حدوث هذا الاضطراب منها ما يلي:

١- تؤدي بعض حالات الشذوذ الكروموزومي إلى هذا الاضطراب، ويعد الشذوذ فـي الكروموزوم رقم ١٣ من أكثر الحالات شيوعا، ومن المعروف أن شذوذ هذا الكروموزوم مرتبط كذلك بمتلازمة أوشر Usher's Syndrome التي تعد اضطرابا جينيا.

٢- إن هـناك عـدد من الجينات يتراوح بين ٣ – ٥ جينات تشترك جميعها في حـدوث التوحد، ويجب أن تتوفر كلها لدى نفس الشخص مع العلم بأنها غير متضـمنة فـي كـروموزوم واحـد فقـط، بـل إنهـا تتوزع على عدد من الكـروموزومات المخـتلفة، وهـي جمـيعا تتضـمن أنواعـا مـن الخلل الكروموزومـي، وإذا قـل هـذا العدد عن ذلك فلن يؤدي إلى إصابة الطفل باضطراب التوحد.

٣- إن نـتائج الدراسات الميكروسكوبية على الأطفال التوحديين تؤكد عدم وجود خلايـا بيركنجـي perking cells بالمخيخ لديهم إلى جانب تزايد عدد الخلايا العصبية في مكونات الجهاز الطرفي Limbic من جانبهم.

٤- نقص طول ومحيط جذع المخ Brain stem لديهم علما بأن جذع المخ يلعب دورا حيويا في عمليات التنفس، وتناول الطعام، والتوازن، والتناسق الحركي على سبيل المثال.

٥- عدم وجود جزأين أساسيين من أجزاء جذع المخ لديهم يتمثل أولهما في النواة الوجهية Facial nucleus التي تتحكم في عضلات الوجه، والتي تكون مسئولة بالتالي عن التعبير اللفظي، بينما يتمثل ثانيهما في الزيتونة العليا Super Olive وهي التي تلعب دورا هاما في توجيه وتوزيع تلك المعلومات المرتبطة بالمثيرات السمعية، ومن المعروف أن هذين الجزئين يتكونان في الأساس من جزء الأنبوب العصبي الذي يتكون الجهاز العصبي المركزي للجنين منه وذلك في الأسابيع الأولى من الحمل.

٦- يوجد إلى جانب غياب النواة الوجهية نقص كبير في عدد الخلايا العصبية التي ترتبط بعضلات الوجه حيث يبلغ عددها أربعمائة خلية عصبية لدى الطفل التوحدي بينما يصل عددها لدى الطفل السليم إلى تسعة آلاف خلية.

٧- إن حوالي ٣٠% تقريبا من الأطفال التوحديين يوجد لديهم زيادة في تركيز مادة السيروتونين التي تعتبر من الناقلات العصبية وذلك في الصفائح الدموية (عادل عبدالله، ٢٠٠٤- ب).

ولعل من أهم ما يثيره العاملين في مجال التوحد من أسئلة هو : - ما هو الجزء والأجزاء في المخ التي يؤدي قصورها العضوي أو الوظيفي وتلف أنسجتها أو توقف نموها إلى إعاقة التوحد؟ وهو السؤال الذي لم نعرف بدقة الإجابة عليه حتى الآن، البعض يرى أن الأجزاء المرشحة للإجابة على هذا السؤال هي الجهاز الليمباوي Limbic Structure، والمخيخ Cerebellum وجذع المخ Brain Stein والبعض الآخر يراها كامنة في ساق المخ والبعض يرى أنها قصور في الناقلات العصبية Neurotransmitters، ويتكون الجهاز الليمباوي من عدة أجزاء تعمل على توصيل الإشارات العصبية من أجزاء المخ المختلفة إلى وجهاتها المختلفة في الجسم مضافا إليها لمسات انفعالية، وقد أظهرت بعض البحوث التي أجريت على مجموعة من القرود أن تدمير جزء من هذا الجهاز (Amygdale) يؤدي إلى ظهور أعراض تتشابه مع أعراض التوحد عند الأطفال، كما أن جزءا آخر هو Hippo Campus هو المسئول عن حفظ الذاكرة قصيرة المدى، وفي دراسة قام بها M. Bauman ; T. Kemper في مختبر جامعة هارفارد الأمريكية وجدت في هذين الجزأين من الجهاز الليمباوي خلايا عصبية غير مكتملة النضج لم تتمكن من

الهجرة إلى مواقعها المحددة في مخ الطفل التوحدي وبالتالي تعجز تلك المواقع عن القيام بوظائفها (عثمان فراج، ٢٠٠٣، (ع ٧٣)).

٣- عوامل بيئية، عصبية، كيمائية:

يذكـر رمضـان القذافي (١٩٩٤) أنه لم يتم بعد التوصل إلى تحديد العوامل المباشرة لحدوث إعاقة التوحد، ولذلك بقيت هذه العوامل غير معروفة إلا أن بعض الباحثين قد يرجع العوامل المؤدية إلى ظهور الأعراض إلى الاضطرابات العصبية كنتيجة للمشكلات المرتبطة بالتفاعلات الكيمائية الحيوية بالمخ كما قد يرجعها البعض الآخر إلى أسباب بيئية، بينما ترى فئة ثالثة أن الأسباب تعود إلى العوامل المشتركة ما بين العصبية والبيئية.

وقد افترض كرانتز (1998) Krnatiz عددا من العوامل المسببة للاضطراب منها قبل ولادية Pre-natal وبعضها ولادية Natal، وبعضها الآخر بعد ولادية Post-natal وأنها تحدث خللا في المخ، وأن ربع الحالات تعود لمثل هذه العوامل.

وتنحصر هذه العوامل في الحالات التي تسبب إصابة الطفل في الدماغ قبل الولادة أو أثنائها أو بعدها مثل إصابة الأم بأحد الأمراض المعدية أثناء الحمل أو تعرضها أثناء الولادة لمشكلات مثل نقص الأكسوجين أو استخدام آلات جراحية ... الـخ أو عوامل بيئية أخرى مثل تعرض الأم للنزف قبل الولادة أو تعرضها لحادث أو كبر سن الأم (James, 1996).

ويشير محمد قاسم (٢٠٠١) إلى أنه تزداد نسبة ولادة أطفال توحديين عند الأمهات اللواتي يحملن بعد سن الخامسة والثلاثين، كما أن نسبة ولادة مثل هؤلاء الأطفال تزيد بين المواليد الأوائل، وذلك حين تكون جميع العوامل الولادية وقبل الولادية مجتمعة مع بعضها.

ويرى سكوبلر (1982) Schopler أن الحالات التي تسبب تلفا للدماغ قبل الولادة أو أثنائها تهيئ الفرصة لحدوث التوحد مثل حالات الاختناق أثناء الولادة والتهاب الدماغ، وتشنجات الرضع Infantile Spasms والالتهاب السحائي Mining it is.

ويؤكد محمود حمودة (١٩٩١) على وجود اعتقاد بأن الحالات التي تسبب تلفا للدماغ قبل الولادة أو أثنائها أو بعدها تهيئ لحدوث الاضطراب ونضرب أمثلة لذلك من قبيل إصابة الأم بالحصبة الألمانية Rubella والحالات التي لم تعالج من T.S , P K.U والاختناق أثناء الولادة والتهاب الدماغ وتشنجات الرضع.

وقد أكدت دراسات كامبل وآخرون Campbell, et. al (1995) على وجود شذوذات خلقيه عضويه بالمخ لدى الأطفال التوحديين بالمقارنة بأقرانهم الأسوياء، وهذا يفسر حدوث المضاعفات الشديدة في الشهور الأولى من الحمل عند هؤلاء الأطفال، كما أن ٢٠-٢٥%، من التوحديين يظهرون اتساع البطينات الدماغية في رسام المخ الكهربائية (EEG) بالرغم أنه لا توجد شذوذات محدودة في الرسام الكهربائي للمخ خاصة بالتوحديين إلا ان هناك ما يثبت خلل سيطرة أحد نصفي المخ على الآخر، بالإضافة إلى ذلك فإن الأطفال التوحديين لديهم احتمالية حدوث نوبات صرعيه في وقت ما من حياتهم، خاصة في سن البلوغ، كما أشارت نفس الدراسة على وجود علاقة ارتباطيه بين التوحد واضطراب الهيبوثلاموس وتم تفسير هذه العلاقة بناءا على أن اضطراب الهيبوثلاموس يسبب توقف في نشاط الغدد الصماء والانسحاب والتلعثم أثناء الحوار وهذا ما يظهر على الأطفال التوحديين

وفي تقارير برنارد ريملاند Rimland (1995) تبين وجود خلل أو إصابة في نسيج مركز ساق المخ الذي يعرف باسم Reticular Activating system (R. A. S.) وهو النسيج الذي يتحكم في استقبال عمليات الاستثارة والانتباه والنوم وهي إصابة أو خلل أثناء فترة الحمل فتضعف من قدرة الجهاز العصبي المركزي أو مخ الجنين على الاستجابة للمثيرات الخارجية وحساسيته لها أو الشعور بما يحدث في عالمه المحيط به، كما أنه هو المركز الأساسي للمعرفة بدءا من استقبالها من الخارج عن طريق الحواس الخمسة مرورا بإدراك معانيها وتشفيرها Coding وتخزينها في الذاكرة واستدعائها عند الحاجة واستخدامها والتجاوب مع مثيراتها أو حل مشاكله بالإضافة إلى أهميتها في التعليم والتخيل والتعبير، كما يؤكد ريملاند أن هذا التنظيم (R. A. S.) الذي يقع في ساق المخ يعمل في تناسق متعاونا مع التنظيم الليمباوي Limbic system الذي يقع في مركز المخ في هذه الوظائف، آخذا في الاعتبار أن الجهاز الليمباوي يعتبر مركزا لتنظيم وترجمة الانفعالات والعواطف (وهي نقطة الضعف أو الغياب التام عند طفل التوحد) كما أنه مسئول عن التفاعل مع بعض الأمراض الفيروسية.

ويشير هيلي وروبرت (١٩٦٥) بأن الأطفال التوحديين لديهم شذوذ في عمليات الأيض للتريبتوفان Tryptophan، وقد توصل ساكين وآخرون أثناء القيام بعلاج حالات من الأطفال التوحديين باستخدام عوامل استقبال الدوبامين Dopamin للتخلص من السلوك النمطي، وأن التوحد ينشأ من زيادة النشاط الوظيفي لأجهزة الدوبامين في المخ (Sakhalin, et. el, 1986).

وتــرى نهلة غندور (٢٠٠٠) أن أحد أسباب الإصابة بالتوحد هو وجود خلل في عدد الخلايا العصبية في بعض من أجزاء الدماغ مع اختلاف حجم بعضها وقلة عدد التشابك فيما بينها، مقارنة مع الأطفال غير المصابين بالتوحد، فمن المعروف علميا أن عملية التعلم والإدراك تجري في الدماغ على شكل تكاثر كمية التشابك ما بيــن الخلايا وليس على شكل ازدياد في عدد الخلايا العصبية، ولذلك فإن انخفاض عدد هذه الشبكات العصبية يمكن أن يدل على فقر في التجارب وفي المعلومات مما يحــدو بــالطفل المصاب بالتوحد إلى السلوك الذي يدركه دون تفريق بين اختلاف المواقف التي يتعرض لها (نهلة غندور، ٢٠٠٠).

أمــا كامبل وآخرون Campbell, et. al (1991) فقد أشاروا إلى وجود علاقة عكســية بيــن معــدل بلازما السيرتونين في الدم والوظائف العقلية لدى التوحديين وعــند مقارنــة عشرة من الأطفال التوحديين بمجموعة من زملائهم العاديين وجد كوهيــن وآخرون (١٩٨٠) Cohon, et. al, ارتفاع السيرتونين في الدم ونقص فى 5- Hydroxyindoleacetic فــي ســائل النخاع الشوكي Cerebrospinal Fluid معــدلات ذات دلالة منتظمة لدى الأطفال التوحديين وكذلك ازدياد معدلات حمض الهموفونانيليك Homovanilic Acid لديهم.

ويــرى كندول (٢٠٠٠) Kendal أن الدراسات الحديثة قد كشفت عن وجود انخفــاض نســبي واضح في نشاط النصف الكروي الأيسر من المخ لدى الأطفال التوحديين ومن المعروف أن ذلك النصف هو الذي يتضمن تلك المنطقة الهامة التي تعــد هي المسئولة عن حدوث التواصل، ومع ذلك فلا تزال هناك حقيقة هامة حول أســباب هذا الاضطراب، أو يمكننا من خلالها أن نفسر السبب الذي يجعل الأطفال التوحدييــن يسلكون بمثل تلك الأساليب غير العادية، أو الذي يؤدي إلى حدوث تلك الأمراض التي تميز هذا الاضطراب، والتي تعتبر بمثابة الملامح الأساسية المميزة لــه ومــع ذلك فهناك شبه إجماع بين الباحثين والعلماء المهتمين بذلك الاضطراب علــى أنــه اضطرابا معرفيا واجتماعيا في الوقت ذاته، وأن هناك أسباب بيولوجية متعددة وليس سببا واحدا وحدثت في وقت ما بين الحمل والولادة وأدت بدورها إلى تلك الآثار السلبية ويضيف روتر وآخرون (١٩٩٤) Rutter, et. al أنه ليس هناك ســببا طبــيا محددا نستطيع أن نعتبره في الواقع هو المسئول عن ذلك الاضطراب وذلــك عند فحص غالبية حالات التوحد عند عرضها عليهم؛ حيث لم يتوصلوا إلى هــذا السبب الطبي المحدد سوى لدى نسبة تتراوح بين ٥–١٠% من تلك الحالات التي قاموا بفحصها ودراستها (عادل عبدالله، ٢٠٠٢–ب).

ويرى البعض أن الخلل في التمثيل الغذائي الناشئ من نقص الأنزيمات التي تحول الأحماض إلى مواد مفيدة للجسم قد ينشأ عنه الإصابة بالتوحد المصحوب بالتخلف العقلي (سميرة السعد، ١٩٩٢).

كما يشير بعض العلماء بأن الخلل في جهاز الإدراك ينتج عنه عدم القدرة على تنظيم استقبال الرسائل ذات العلاقة بالإحساس وعدم القدرة على الإحساس العصبي لكل الحواس وهذا ما يحدث لدى الأطفال التوحديين ويترتب عليه صعوبة تقديم أفكار مترابطة أو ذات معني للحياة المحيطة لهم (Allen, et. al, 1991)

وفي بحث أجري في جامعة سياتل على عينة من ١٩٢ طفلا توحديا تبين من فحص M. R. I. (الرنين المغناطيسي للمخ) وجود تلف في الفص الصدغي Tempered lope في ٢٩ حالة من تلك الحالات، فإذا علمنا أن هذا الفص توجد عليه مراكز التفاهم والتفاعل الاجتماعي فإننا نستطيع الربط بين هذا التلف العضوي وإعاقة التوحد، حيث يعتبر القصور الاجتماعي من أهم أعراضه (Bailey, Philips & Rutter, 1996).

كما أكدت بعض النظريات الحديثة على أن هناك ضعفا أوليا (متعددا) في القدرات العقلية المعرفية وشذوذا في المنظومة العصبية على مستوى العصبونات وخاصة محاور الخلايا العصبية التي تعتبر المسارات الشائعة للنقل العصبي إلى القشرة المخية، وأنها المسئولة عن الأعراض المرضية في الاضطراب وتستند هذه النتائج إلى عدد كبير من المعطيات العلمية المتجمعة ولكن ينقصها الدعم التجريبي.

ويذكر عثمان فراج (٢٠٠٣(ع ٧٣)) لبعض العوامل البيئية التي قد تسبب حدوث إعاقة التوحد على النحو التالي.

١- التلوث الكيميائي وخاصة بمركبات المعادن الثقيلة كالرصاص والزئبق والزرنيخ وغيرها Heavy Metals, Environmental Pollution.

٢- أحد صور خلل التمثيل الغذائي Metabolism مثل حالات PKU أو مرض السكري Diabetes.

٣- خلل أو قصور في الجهاز المناعي Immuleintalle rance.

٤- إصابة بكتيرية أو فيروسية مثل التهاب الغدد النكافية أو التهاب الكبد الوبائي مثل Hepatitis.B أو الإيدز Aids أو نقص المناعة المكتسبة أو إصابة الأم بالحصبة الألمانية.

٥- انقطاع وصول الأكسجين إلى مخ الجنين أثناء الحمل أو الولادة العسرة أو بسبب التسمم بأول أكسيد الكربون.

٦- يعتقد بعض المتخصصين أن لبعض الفاكسينات التي يخص بها الأطفال في مرحلة المهد هي العامل المسبب للتوحد (وبالذات الطعم الثلاثي للحصبة والحصبة الألمانية والتهاب الغدد النكفية (MMR)) وبالرغم من أنه تتوافر بعض الأدلة على ذلك فإن أحد منها لم يكن قاطعا أو حاسما أو تفتقر إلى المنهجية العلمية والأدلة الصارمة.

٧- يربط بعض الباحثين بين التوحد وبعض البروتينات التي تتكون في معدة بعض الأشخاص الذين يعانون من مشاكل في تمثيل وهضم Rogue peptides وأن هذه المواد تعرقل عمل الناقلات العصبية Neurotransmitters والهرمونات والتي تصل إلى مخ الطفل مع الدم بما يؤدي إلى إعاقة نمو المخ أو تلف بعض خلاياه وبالتالي التوحد.

٨- يرى البعض الآخر أن هناك علاقة سببية بين التوحد والقصور الذي يصيب جهاز المناعة عند الطفل نتيجة حساسية عالية لبعض المواد الغذائية (مثل كازين اللبن أو جلوتين القمح) التي يتناوله بما يؤدي إلى مهاجمة خلايا المخ وتلفها وبالتالي حالة التوحد.

ويضيف عادل عبد الله (٢٠٠٤) بأن العوامل البيئية التي يمكن أن تؤثر على اضطراب التوحد وتؤدى له متعددة ومن بين هذه العوامل مسببات كثيرة تؤدى كذلك إلى التخلف العقلي منها ما يلي:

١- تعرض البويضات أو الحيوانات المنوية قبل الحمل للمواد الكيماوية أو للإشعاعات يمكن أن تؤدى إلى ذلك.

٢- التلوث الغذائي عن طريق استخدام الكيماويات قد تؤدى إلى حدوث تسمم عضوي عصبي يسبب اضطراب التوحد خاصة إذا ما تعرضت له الأم الحامل، أو الطفل بعد ولادته، أو إذا ما تعرضت البويضات أو الحيوانات المنوية أو البويضة الملقحة لذلك.

٣- التلوث الإشعاعي أو التعرض للأشعة سواء الأشعة السينية (X) أو التسرب الإشعاعي أو استخدام النفايات النووية في الأسلحة التقليدية أو دفن تلك النفايات بشكل يجعل من الممكن بالنسبة لها أن تؤثر على الأفراد.

٤- التعرض للأمراض المعدية، وخاصة تعرض الأم الحامل لها وإصابتها بها، أو تعرض الطفل لها في بداية حياته، أو خلال عامه الأول، وتعد هذه الأمراض المعدية هي نفسها التي تؤدى إلى الإعاقات العقلية الأخرى، وربما إلى الإعاقات الحسية كذلك.

٥- تعاطى الأم الحامل للعقاقير بشكل منتظم وخاصة خلال الشهور الثلاثة الأولى من الحمل مهما رأت أن العقار المستخدم يعد بسيطا، فعلى سبيل المثال اتضح أن عقـار التاليدوميد Thalidomide الذي كان يستخدم لتثبيت الحمل يعد من العوامـل المؤدية إلى اضطراب التوحد، بل وإلى التخلف العقلى كذلك، وإلى مختلف الإعاقات الحسية أيضا.

٦- تعاطى الأم الحامل للكحوليات وهو ما يؤدى عادة إلى ما يعرف بزملة تعرض الجنين للكحوليات Fetus Alcohol Syndrome 4 وهو الأمر الذي يؤدى به إما إلى التخلف العقلى أو اضطراب التوحد (عادل عبد الله، ٢٠٠٤-ب).

٥

الفصل الخامس

الأعراض Symptoms

الفصل الخامس

الأعراض Symptoms

إن الـتعرف علـى الأعراض الحقيقية لهذه الإعاقة أهمية كبيرة فى عمليات التشـخيص السليم لها لأن بعض هذه الأعراض قد تتشابه مع أعراض بعض أنواع مـن الإعاقات الأخرى كالتخلف العقلى أو صعوبات (وإعاقات) التعلم Learning Disability and Mental Retardation وربمـا أيضا مع بعض أعراض الفصام الطفولـي Childhood Schizophrenia أو الاكتئاب Depression فإن من الضروري الإلمام بتفاصيل هذه الأعراض أخذين في الاعتبار ما يلي:

١- أنـه لـيس مـن الضروري أن تظهر جميع هذه الأعراض في كل حالة من الحـالات التـي تعانـي من إعاقة التوحد بل قد يظهر بعضها في حالة معينة ويظهر البعض الأخر في حالة أخرى.

٢- أنـه قد تتباين ظهور هذه الأعراض من حيث الشدة أو الاستمرارية أو السن الـذي يبدأ فيه العرض في الظهور وقد تبدأ ظهور أعراض التوحد فى بعض الحـالات في خلال الشهور الستة الأولى بعد الميلاد، ولكن الأغلب أن يكون ظهورها فيما بين العامين الثاني والثالث، أو خلال الشهور الثلاثين الأولى من عمر الطفل (عثمان فراج ،١٩٩٥(٤١)).

وقـد أشار كل من اورنتز ورتفو (١٩٧٣) Orintiz & Ritvo إلى أن إعاقة الـتوحد يجـب الـتعرف علـيها من ملاحظة السلوك وأن هذه السلوكيات تحدث كمجموعـات مـن الأعـراض وتعكس شذوذ النمو وتتضمن هذه الجوانب تنظيم الإدراكـات، أنمـاط الحركة، المقدرة على التعلق، اللغة، والسرعة في النمو ومع أنهمـا لا يوافقـان على وجهة النظر القائلة بأن إعاقة التوحد يجب أن يتم التعرف علـيها وتشخيصها كزملة أعراض سلوكية إلا أن أورنتز ورتفو يضيفان أنه يجب اعتـبارها مرضـا ووجهـة نظرهما تلك لها ما يبررها، فهما لا يعترفان بوجود عرضا بمفرده، أو مجموعة من الأعراض تحدث بشكل متزامن، علاوة على أنه لا يوجـد عـرض واحد أو مجموعة من الأعراض تدل على وجود المرض، وذكرا بالإضـافة لما سبق أن الفشل فى النمو لدى الأطفال الذين يعانون من إعاقة التوحد سببه اضطراب تنظيم الإحساس (يوسف القريوتى وأخرون، ١٩٩٥).

ويشـــير محمد حموده (١٩٩١) في تناوله للأعراض المصاحبة لإعاقة التوحد إلـــى أن الطفـــل التوحدي الأصغر سنا يكون أشد إصابة وأكثر إعاقة والأعراض المصاحبة أكثر وأنها قد تشمل:

١- شـــذوذ فـــي نمـــو المهارات المعرفية دون اعتبار لمستوى الذكاء العام، وفي معظـــم الحـــالات يوجد تشخيص مصاحب من التخلف العقلي، غالبا متوسط الدرجة (معامل ذكاء٣٥-٤٩) Moderate Mental Retardation.

٢- شذوذ الوضع والحركة مثل الآلية الحركية (رفرفة الذراعين والقفز وحركات الوجه التكشيرية) والمشي على أطراف أصابع القدمين والأوضاع الغريبة لليد والجسم وضعف التحكم الحركي.

٣- الاستجابات الغريبة للإثارات الحسية مثل تجاهل بعض الإحساسات (مثل الألم أو الحرارة أو البرودة) بينما يظهرون حساسية مفرطة لإحساسات معينة (مثل قفـــل الأذنين تجنبا لسماع صوت معين، وتجنب ان يلمسه أحد) وأحيانا يظهر انبهارا ببعض الإحساسات مثل التفاعل المبالغ فيه للضوء.

٤- شـــذوذ في الأكل والشرب والنوم (مثل قصر الطعام على أنواع قليلة، أو شرب السوائل بكثرة، والاستيقاظ المبكر ليلا بهز الرأس وأرجحتها أو خبط الرأس).

٥- شذوذ الوجدان مثل التقلب الوجداني (أي الضحك أو البكاء دون سبب واضح) والغـــياب الظاهـــري للـــتفاعلات العاطفية ونقص الخوف من مخاطر حقيقية والخـــوف المفـــرط كاســـتجابة لموضـــوعات غير مؤذية أو أحداث، والقلق Anxiety العام والتوتر Tension.

٦- ســـلوك إيذاء النفس Self- injurious Behavior مثل خبط الرأس في الحائط أو عـــض الأصابع أو اليد وقد يصاحب هذه الأعراض بالإضافة إلى ما سبق اضـــطرابات نفسية أخرى مثل نوبات الاكتئاب العظمى في المراهقة أو الحياة البالغة.

ويصـــف رمضان القذافي (١٩٩٤) أعراض التوحد بقولة أنه على الرغم من مظهـــر الأطفـــال الطبيعي إلا أنه يلاحظ عليهم عدم الميل إلى غيرهم من الأطفال بشـــكل طبيعـــي بالإضافة إلى تميزهم بالاضطراب السلوكي الاجتماعي Social Behavior Disorder والانفعالي والذهني كمـــا يضيـــف أن هذه الحالـــة (مرض الـــتوحد) يتميز بشكل خاص بعدم القدرة Inability على الانتماء للآخرين حسيا أو لغويـــا واضـــطراب الإدراك مما يؤدى إلى عدم الفهم أو القدرة على التواصل أو التعلم أو المشاركة في النشاطات Activities الاجتماعية.

ويصف ريتشارد سوين (١٩٧٩) الأطفال المصابين بالتوحد بأنهم يكونوا على درجـــة غــير عادية من حسن الصحة والجاذبية، وأنهم ينحدرون عن أباء أذكياء وعلـــى درجة عالية من التعلم فإذا وصل الرضيع إلى الشهر الرابع تراه قد يظهر التـــبلد وعـــدم الاكتراث بالناس كما قد تجده من بعد ذلك يجلس وحيدا وقد بدأ على عينـــيه الانشغال ببعض الأمور، ثم أن هناك أعراض أخرى من بينها التأرجح أو ضـــرب الحـــائط بالرأس والإصرار على أن تظل البيئة دون تغير، أو النمو غير المـــتماثل بحيث تنمو بعض المهارات إلى حد اكبر من الأخرى، والطفل التوحدي يبدي الاشتغال أو الانشغال الشديد بالأشياء الميكانيكية ويستجيب بعنف إن قوطع أو أزعجـــه أحد وكثيراً من الآباء يتوهمون الصمم في أمثال هؤلاء الأطفال بسبب قلة الاستجابة لديهم والهلاوس لا وجود لها، كما أن الأطفال الاجتراريين " التوحدين " إمـــا أن تعوزهـــم الكلمـــات " أنا" أو " نعم " وإما أن يستخدمونها في كلامهم ولكن بدرجة قليلة جدا.

كمـــا يـــرى كوجيل وأخرون (١٩٨٢) Koegel, et. al أن الأطفال ذو الأوتيزم (الـــتوحد) تظهر عليهم أعراض الانسحاب الاجتماعي Social withdrawal والانطواء علـــى الـــنفس وعـــدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين كما يوجد لديهم اضـــطراب فـــي اللغة وفي القدرات الإدراكية المعرفية كما أنهم يعانون من ضعف في الانتـــباه وعدم القدرة على فهم التعليمات اللفظية والتحكم في الحركات الدقيقة فضلا عن وجود نشاط حركي مفرط Hyper kinesis (عبدالمنان معمور، ١٩٩٧).

ويتـــناول كمال دسوقي (١٩٨٨) أعراض الاجترار الطفولي المبكر (التوحد) Early Infantile Autism مشـــيرا إلـــى أن كانـــر kanner يستخدمه للإشارة إلى الأطفـــال الذين يكون ملحوظا عليهم منذ بدء حياتهم الانسحاب المبالغ، وبعد المنال Inaccessibility للاستغراق في الذات، وعدم القدرة على إقامة علاقات عادية مع الناس، وأن مثل هؤلاء الأطفال يكشفون عن وحدة مفرطة، ورغبة قلقة متسلطة في الإبقـــاء على حالتهم كما هي Statuesque بالإضافة إلى أن صعوبات اللغة شائعة وتشـــمل الـــبكم Mutism واستعمال النفي اللفظي كوقاية سحرية من الأحداث غير الســـارة، والـــنص الحرفـــي، وعدم قبول مرادفات أو مختلف دلالات نفس العبارة والـــنوع الترجيعـــي (المصـــاداه) Echolalia في تكرار الجمل الكاملة واستعمال الضـــمائر مقلوبة كإشارة الطفل لنفسه بضمير أنت ولمخاطبه بضمير أنا نمط شائع وله دلالة على نـــوع المرض، ويضيـــف كمـــال دسوقي على ما يظهر فالتفوهات Utterances بألفاظ لا معنى لها أو بلهاء أو غير ملائمة أو صحيحة كثيرة الحدوث

وتمـــثل في الحقيقة تحولات خاصة ومجازية داخل النفس، وصوت مثل هذا الطفل يفتقد النغمة الانفعالية والقدرة التعبيرية ويبدو أنه غريب على الشخصية ذاتها ومن المحتمل أن الكثير من مثل هذه إن لم يكن كلها تمثل فصام الطفولة.

ويشـــير فتحي عبد الرحيم (١٩٩٠) إلى أعراضه في ضوء ما أورده كل من تـــيلفورد Telford وســـاورى Sawary في تصنيفهما للاضطرابات الانفعالية على أســـاس مظاهـــر القلق Anxiety والانسحاب Withdrawal والعدوان الذي يتميز بالعنف Hostile Aggression وذلك بأن وضعا إعاقـــة التوحـــد ضمن مظاهـــر الانسحاب من الواقع Withdrawal From Reality وذكرا أنها تشتمل على حالات تتميز بـــــ:

١- الانفصال الشديد عن الواقع.
٢- القصور أو الإخفاق فى تطوير علاقات انفعالية وعاطفية مع الآخرين.
٣- الترديد الآلي (المصاداه) للكلمات والمقاطع التي ينطق بها الآخرون.
٤- الجمـــود بمعـــنى المحافظة على نفس الأشياء ومعارضة أي تغيير فى الحياة (الروتينية).
٥- الثبوت ويعنى التكرار الرتيب للأفعال أو الأقوال.

كمـــا ذكـــر ســـبيزر Spitzer (١٩٨٧) أن أعراض التوحد تنحصر فى ثلاثة عناصر رئيسية هى:

١- اضطراب كيفي في التفاعل الاجتماعي.
٢- اضطراب في النشاط التخيلي والقدرة على التواصل اللفظي وغير اللفظي.
٣- الانغلاق على النفس وعدم الاهتمام بالأحداث والمنبهات الخارجية.

ويشير رمضان القذافى (١٩٩٤) لأعراض التوحد على أنها:

١- اضـــطراب الكلام أو عدم الكلام مطلقا وفي هذه الحالة يكون الأطفال عديمي الكـــلام وإذا مـــا تكلموا فإن كلامهم يبدوا غريبا وغير مفهوم أحيانا ولا يعمل الأطفـــال التوحديون عادة على محاكاة غيرهم أو تقليدهم في الكلام مثلما يفعل نظراؤهم من الأطفال الأسوياء.
٢- ابتعاد الأطفال عن إقامة علاقات اجتماعية مع غيرهم وعدم الرغبة في صحبة الآخريـــن أو تلقى الحب منهم وأهم ما يلاحظ فى هذا الصدد هو عدم استجابة الأطفال لانفعالات الوالدين أو تبادلهم نفس المشاعر وعدم الاستجابة لما يصل إليهم من مثيرات عن طريق غيرهم من البشر ويظل الطفل معظم وقته ساكن

لا يطلب من أحد الاهتمام وإذا ما تبسم فإنما يكون للأشياء دون الناس كما أنه يرفض الملاطفة والملاعبة ويعمل على تجنبهما.

٣- ظهــور الطفل بمظهر الحزين دون أن يعي ذلك، وبحيث يبدو كأنه غير قادر على إظهار أي من الانفعالات الأخرى بشكل مميز تبعا لما يستدعيه الموقف.

٤- اضــطراب الــنمو العقلي للطفل فى بعض المجالات مع ظهور تفوق ملحوظ أحيانا فى مجالات أخرى، ويبدو على بعض الأطفال أحيانا مهارات ميكانيكية عالــية حيث يتوصلون تلقائيا إلى معرفة طرق الإنارة وتشغيل الأقفال، كما قد يجيدون عمليات حل وتركيب الأدوات والأجهزة بسرعة ومهارة فائقتين، وقد يــبدى بعــض الأطفال تفوقا ومهارة موسيقية في العزف واستخدام الأدوات الموسيقية.

٥- إظهــار الطفــل للسلوك النمطي المتصف بالتكرار وبخاصة في اللعب ببعض الأدوات بطريقة معينة أو تحريك الجسم بشكل معين وبدون توقف دون شعور بــالملل أو الإعياء ونظرا إلى اتجاه الأطفال للعب بالأشياء فقد يستغرقون في تكرار عمل الأشياء نفسها بشكل متكرر ودون كلل.

٦- كثرة الحركة أو ميل الأطفال إلى الجمود وعدم الحركة فقد نجد بعض هؤلاء الأطفال كثيري الحركة Hyperkinesias ولا يميلون إلى السكون، بينما يبقى بعضهم الآخر فى حالة عزلة عن العالم حسيا وحركيا.

٧- عــدم الإحســاس الظاهــر بــالألم وعدم تقدير هؤلاء الأطفال للمخاطر التي يتعرضــون لهــا والتي يعيدون التعرض لها المرة تلو المرة، على الرغم من الأضرار التي قد تلحقهم أو الإيذاء الذي يصيبهم.

٨- ظهور الأطفال بمظهر الاختلاف عن الآخرين مــع سرعة الانفعال في حالة تدخــل أحد في شؤونهم وشدة غضبهم الذي يظهر فجأة، وتبدوا هذه الصورة بوضــوح فى حالات الأطفال الذين لم يتعدوا خمس سنوات من عمرهم على وجه الخصوص.

٩- المــيل إلى الاستجابة بشكل غير طبيعي لبعض المثيرات؛ بحيث يبدوا الطفل وكأنــه مصاب بالصمم أحيانا، بينما قد يعمل على الاستجابة لبعض الأصوات بشــيء من المغالاة أحيانا أخرى، ويبدوا واضحا أن هؤلاء الأطفال يكرهون ســماع بعــض الأصــوات في نفس الوقت الذي لا يستجيبون فيه لغيرها من الأصوات.

ويشـير عثمان فراج (١٩٩٤) إلى أن الطفل المصاب بالتوحد يمكن التعرف عليه من خلال عرضه لثمان أعراض وهي:

١- **القصـور الحسـي:** إذ يـبدوا الطفل التوحدي كما لو أن حواسه قد أصبحت عاجـزة عن نقل أي مثير خارجي إلى جهازه العصبي فإذا مر شخص قريب منه وضحك مثلا أو سعل أمامه أو نادى عليه فإنه يبدوا كما لو كان لم ير أو يسمع أو انه قد أصابه الصم أو كف البصر وما أن تزداد معرفتنا بالطفل فإننا نـدرك بشكل واضح عدم قدرته على الاستجابة للمثيرات الخارجية، وهذا قد يـؤدى الفشل في اكتساب اللغة وكافة وسائل الاتصال الأخرى إلى قصور في عمليات الإدراك الحسي وغيرها من العمليات العقلية الأخرى كالتخيل والتذكر ومعالجة المشكلات والاستيعاب وغيرها.

٢- **العـزلة العاطفية أو البرود الانفعالي:** حيث لا يتجاوب الطفل مع أى محاولة لإبـداء العطـف أو الحب له، وكثيرا ما يشكو أبواه من عدم اكتراثه أو عدم اسـتجابته لمحاولتهما تدليله أو ضمه أو تقبيله أو مداعبته، بل وربما لا يجدان مـنه اهتماما بحضورهما أو غيابهما عنه، وفي كثير من الحالات يبدو الطفل وكأنه لا يعرفهما أو يتعرف عليهما وقد يمضى ساعات طويلة وهو فى وحدته لا يهـتم بالخـروج مـن عزلته أو تواجد الآخرين معه ومن النادر أن يبدى عاطفة نحو الآخرين، بل تنقص في كلامه النغمة الانفعالية والقدرة التعبيرية.

٣- **الاندمـاج الطويل في سلوك نمطي متكرر:** فكثيرا ما يقوم الطفل الاجتراري لفـترات طويلة بأداء حركات معينة يستمر في أدائها بتكرار متصل كهزهزة قدمـيه أو جسـمه أو رأسه أو الطرق بإحدى يديه على رسغ اليد الأخرى أو تكـرار إصـدار نغم أو صوت أو همهمه بشكل متكرر وقد يمضي الساعات محملقا في اتجاه معين أو نحو مصدر الضوء أو صوت قريب أو بعيد أو نحو بـندول ساعة الحائط أو ساعة تدق ولا تكون هذه الأفعال أو الأنماط السلوكية اسـتجابة لمثير معين بل هي في واقع الأمر استثارة ذاتية تبدأ أو تنتهي بشكل مفاجـئ تلقائي، ثم يعود إلى وحدته المفرطة وانغلاقه التام على نفسه وعالمه الخيالي الخاص ورغبة قلقة متسلطة في البقاء طويلا على حالته كما هي.

٤- **نوبات الغضب أو إيذاء الذات Self-Injurious Behavior:** وبالرغم من أن الطفـل التوحدى قـد يمضي ساعات طويلة مستغرقا في أداء حركات نمطية Stereotyped أو منطويا على نفسه لا يكاد يشعر بما يجرى حوله فإنه أحيانا مـا يـثور فـى سلوك عدواني موجه نحو واحد أو أكثر من أفراد أسرته أو

أصدقاء الأسرة أو المتخصصين Specialists العاملين على رعايته أو تأهيله ويتمـيز هـذا السلوك العدواني بالبدائية كالعض والخدش (الخربشة) والرفس وقد تشكل عدوانيته إزعاجا مستمرا لوالديه بالصراخ وعمل ضجة مستمرة أو عـدم النوم ليلا لفترات طويلة مع إصدار أصوات مزعجة، أوفي شكل تدمير أدوات أو أثـاث أو تمزيق الكتب أو الصحف أو الملابس أو بعثرة أشياء على الأرض أو إلقاء أدوات من النافذة أو سكب الطعام على الأرض إلى غير ذلك مـن أنماط السلوك التي تزعج الأبوين اللذين يقفان أمامهما حائرين وكثيرا ما يـتجه العـدوان نحو الذات حيث يقوم الطفل بعض نفسه حتى يدمي نفسه أو يضـرب رأسه في الحائط أو بعض الأثاث أو قد يتكرر ضربه أو لطمه على وجهه بإحدى أو كلتا يديه.

٥- **القصور اللغوي والعجز عن التواصل:** فكثيرا ما يعتقد بعض الآباء أن الطفل يعـاني مـن الصمم وبالتالي البكم Mutism بينما تثبت الملاحظة الطويلة أن الطفـل رغم أن الأصوات العالية قد لا توجد استجابة لدية فإنه يمكن أن يسمع حفـيف الـريح أو ورق الجـريدة أو أوراق الألومنـيوم التـي تغلف قطعة الشيكولاته.

٦- **التفكـير الاجـتراري المنكب على الذات:** يتميز الطفل الاجتراري (التوحدي) Autistic child بالاجترار المستمر والذي تحكمه أهواء أو حاجات أو رغبات الـنفس فقد يمضى من الوقت ساعات وساعات غارقا في ذاته غير شاعر ولا ملتفـت إلى ما يجرى حوله لا يميز بين شخص وأخر ويصر على أن يترك وشـانه وحـيدا وقـد يثور ويتهور إذا حاول أحد تغيير هذا الوضع الذي قد يستمر لساعات طويلة فهو دائما منغلق على ذاته.

٧- **قصـور فـي السـلوك التوافقـي:** فالطفل التوحدي لديه عجز في العديد من الأنمـاط السلوكية التي يستطيع أداؤها الأطفال العاديين ممن هم في نفس سنه ومسـتواه الاجتماعـي والاقتصادي ففي سن الخمس سنوات من عمره قد لا يستطيع الطفل التوحدى أداء أعمال يقوم بها طفل عمره الزمني ثلاث سنوات أو اقـل وهو يعجز عن رعاية نفسه أو حمايتها أو إطعام نفسه بل يحتاج لمن يطعمه أو يقوم بخلع أو ارتداء ملابسه.

٨- **الأفعال القسريه والطقوس النمطية:** غالبا ما يتعصب أو يثور الطفل التوحدى عند إحداث أي تغيير في سلوكه الروتيني اليومي أو في المحيط الذي يعيش فيه فـبمجرد تغيير الكوب الذى اعتاد شرب اللبن فيه أو تغيير ترتيب قطع الأثاث

قـد يدفعه إلى البكاء أو اندلاع ثورة غضب وكثيرا ما يندمج الطفل في سلوك نمطـي كمـا لو كان طقوسا مفروضة عليه، كأن يحرك ذراعه بشكل معين يسـتمر عليه لفترات طويلة أو يطرق بيده على رأسه أو يدور حول نفسه أو حـول طاولـة أو مـائدة في الغرفة أو يجلس محملقا في مروحة هواء تدور ويظل دقائق أو ربما ساعات على مثل هذه الأوضاع أو غير ذلك من الأفعال القسرية والتي لا تحتمل إزعاجه أثناء قيامه بها.

وحدد رويرز (1995) Roeyers أعراض التوحد على النحو التالي:

١- يبدأ قبل ثلاثين شهرا من عمر الطفل.
٢- افتقاد الاستجابة للآخرين.
٣- صعوبات في النمو اللغوي.
٤- مقاومة التغيير.
٥- الإصرار على الروتين.
٦- الهلوسة أثناء النوم.
٧- قصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي.
٨- ضعف في القدرة العقلية.
٩- صعوبات في فهم الانفعالات.
١٠- ترديد الكلمات.

ويشـير محمد شعلان (١٩٧٩) إلى أن الطفل لا يستطيع تكوين علاقات ذات معنى مع الآخرين على غير حالات الفصام، حيث يكون الطفل قد كون علاقاته ثم انتكس وهى أعراض وإن كانت تبدو جزء من طبيعة الطفل في شهوره الأولى، إلا أنهـا مبالغ فيها وهى على أية حال لا تشد الاهتمام إلا حينما يبدأ الطفل في النمو، ويتضـح الفـرق بيـنه وبيـن الأطفـال الآخرين بل على العكس فإن ظهور هذه الأعـراض في الشهور الأولى قد يأخذ صورة الهدوء المبالغ فيه فتبدو على الطفل الطمأنيـنة حينما يترك وحده كما أنه لا يخاف الغرباء وإن كان لا يصادقهم وتزداد الأعـراض وضـوحا بعد العام الأول فالمفروض أن يبدأ الطفل في تعلم الكلام في هـذه السـن، إلا أن الطفـل الـتوحدي ينغلق على نفسه ولا تظهر لديه حاجة إلى الاتصـال بالآخريـن فيصـبح استخدامه للغة بالتالي غير ضروري، ومن ثم فإنه يـتأخر فـي استخدام اللغة وذلك إذا تعلمها فكثيرا ما تجد فيها مظاهر الاضطراب كأن يكرر الطفل كلمات أو جمل أو قد يردد ما يقال له Echolalia أو يكرر الكلمة النهائـية فـي كل جملة وقد يخلط بين معاني الكلمات، ويخطئ في تسمية الأشياء

رغم أنه قد يتعرف على الأشياء ذاتها ومع هذا فقد يجيد التعبير بوسائل أخرى مثل الموسـيقى والرسم، وإذا كان الكلام يمثل جانبا من وسائل الاتصال بالآخرين فإن السـمع يمـثل جانبا آخر وهنا أيضا قد نجد مظاهر الاضطراب في انغلاق الطفل علـى ذاتـه بدرجـة قد تجعله يبدو كما لو كان لا يسمع الآخرين وتبدو استجابته للأصوات الأخرى غير الكلامية أفضل، وينطبق هذا على وسائل الإدراك الأخرى مـثل البصـر واللمس والتذوق، فهو يميل إلى الخلط بين الشكل والأرضية ويكاد يـوزع نظره على الأشياء دون تركيز فقد يرى أشياء على أطراف مجاله النظري وقـد لا يستطيع التفرقة بين درجات الحرارة أو طعم الأشياء، وقد يجد صعوبة في التوفـيق بين الحركة والصوت (الرقص مثلا) وعلى مستوى السلوك الحركي نجد لـدى الأطفال التوحديين بعض الحركات الغريبة مثل لي الأصابع والأذرع، وكذلك الاهـتزاز وخـبط الرأس؛ ولكن في الغالب هي الحركات التي بواسطتها يبدو أن الطفل يسعى للتلامس مع البيئة والتعرف عليها، فهو لا يحس بالأشياء والأشخاص إلا إذا تعـامل معها جسديا وحركها ورتبها وكذلك لا يطيق التجديد والتغيير؛ وفي مجال المزاج فإن البرود العاطفى هو العنصر المميز ولكننا قد نجد انفعالات مبالغاً فـيها ولا تـتفق مـع الموقـف، فقد يخاف الطفل الاجتراري لسبب تافه ومع هذه الاضطرابات الإدراكية والحركية والمزاجية فإن صورة الجسم لدى الطفل لابد وأن تـتأثر وكذلك سوف يتأثر النمو وفى هذه الحالة قد ينمو الطفل فى مجالات معينة، نسـتطيع أن نقـول إنهـا المجـالات التى يقل فيها العامل الإنساني، إذ أن علاقته بالأشياء تكون أفضل من علاقته بالأشخاص.

ويذكـر لطفـي الشربيني (٢٠٠٠) أن أعراض التوحد لا تظهر واضحة فى العـام الأول، أو الثانى للأطفال الذين يصابون فيما بعد بالتوحديه، فيما عدا بعض علامـات العـنف والمقاومـة والرفض عند قيام الأم برعايته، أو العكس من ذلك الهدوء الزائد وعدم المبالاة أو الاستجابة للمحيطين به وتبدأ الأعراض المرضية فى الظهور بعد العام الثانى وأهمها :

١- يـبدو الطفـل التوحدي بمظهر جذاب وصحة جيدة ولكن يكون منعزلاً هادئاً ويقـوم بنشاط متكرر مهتما بشيء ما يستخدمه في اللعب مثل حجر صغير أو علبه فارغة، ويثور إذا أخذ منه هذا الشيء ويدخل في نوبة انفعال.

٢- الاسـتجابة للمؤثـرات والأصـوات تكـون غير طبيعية، وقد يتجاهل الطفل الـتوحدي صـوت مـرتفع بينما يستجيب لصوت آخر ويجد صعوبة في فهم اللغـة، ويبدو كما لو انه لا يفهم الكلام عموماً ولا يرد على من يناديه باسمه

وبعض هؤلاء الأطفال لا يتكلم نهائياً (حوالي ٥٠%) بينما يردد البعض الآخر كلمـــات قليلة فى تكرار أجوف كالببغاء كما أن لديهم بعض العيوب في نطق الكلمات والحروف.

٣- لا يســتطيع الطفل التوحدي فهم الأشياء التي يراها، وهو يركز على جزء من الصورة حين تعرض عليه ولا يمكنه فهم الإشارات أو تقليد حركات الآخرين المعــبرة وتصدر عنه حركات جسدية غير مألوفة مثل الدوران حول نفسه أو القفز أو التصفيق أو السير على أطراف الأصابع.

٤- لــدى هؤلاء الأطفال بعض مظاهر العشوائية وعدم التناسق في أداء الحركات ممـــا يـــزيد من صعوبة تعليمهم مهارات خاصة بالإضافة إلى أنهم يتصرفون كمـــا لو أنهم وحدهم وليس معهم أحد ولديهم مقاومة للتغير وخوف شديد من الغرباء ولا يستطيعون اللعب مع أقرانهم، أو تعلم السلوك الاجتماعي الملائم.

ويذكــر محمد حمودة (١٩٩١) أن أعاقة التوحد تبدأ قبل الثالثة من العمر فى الغالبــية العظمـــى من الحالات وقليلاً ما تبدأ بعد ذلك في الخامسة أو السادسة من العمر، وغالباً ما يصعب تحديد السن الذى يبدأ عنده الاضطراب، ما لم يكن هؤلاء الذيـــن يعتـــنون بالطفل قادرين على إعطاء معلومات دقيقة عن نمو اللغة والتفاعل الاجتماعـــي فالظاهر في مرحلة الرضاعة (العامين الأولين من العمر) إنه يصعب رصـــد مظاهـــر الاضـــطراب فيها ففي الشهور الأولى قد تأخذ الأعراض صورة الهـــدوء المبالغ فيه، مع غياب الابتسامة الاجتماعية التي تبدأ عادة في سن شهرين وغـــياب ابتسامة التعرف التي تظهر عادة فى سن أربعة أشهر، فتشكو الأم من أن الطفـــل لا يعـــرفها، ولا يقـــبل عليها عندما تلتقطه من فراشه أي لا يأتي بحركات توقعية Anticipatory Movement التي يأتيها الطفل العادي السوي في سن أربعة شـــهور تقريـــباً، وقـــد لا يلاحظ الآباء الاضطراب لدى الطفل إلا عندما يوجد مع أطفـــال آخرين (مثل دخول المدرسة) وقد يعتبرون هذه هي البداية، إلا أن التاريخ الـــتطوري المفصـــل والدقـــيق سوف يكشف غالباً بداية مبكرة عن ذلك وقد يرجع الوالدان التغير إلى حدث معين، مثل ولادة طفل أصغر، أو أصابته بمرض شديد أو حادثـــة أو صدمة عاطفية، وتظل مظاهر الاضطراب في أغلب الحالات طيلة حياة الشـــخص، وبعض الأطفال يتحسن تواصلهم وتفاعلهم الاجتماعي ومهارتهم اللغوية عـــند ســـن الخامســـة إلى سن السادسة، ويمكن أن يحدث البلوغ تغيراً في أي من الاتجاهيـــن: التحسن والتدهور، وقد يتفاقم العدوان والعناد، أو أي سلوك مضطرب آخـــر ويظـــل لعدة سنوات، ونسبة قليلة من هؤلاء الأطفال تصبح قادرة فعلاً على

توجــيه حــياتها بشــكل مستقل بأقل قدر من علامات الاضطراب، ولكن الاختلال الاجتماعــي والحمــق قــد يظــل لدى النسبة العظمى الذين يظلون معاقين وهناك عوامــل تنبــئ بمصــير إعاقــة الــتوحد على المدى الطويل وهى معامل الذكاء Intelligence Quotient (IQ) ونمو المهارات الاجتماعية واللغوية.

ويشير عــلاء كفافــي (٢٠٠١) إلى أن ليوكانر (Leo Kanner) هو أول من وصــف هــذا الاضطراب في بداية الأربعينات من القرن العشرين، وهو يشير إلى الاخــتلالات الاجترارية Autistic Disturbances التي توجد في الاتصال الوجداني Affective Contact ووجــد أن هناك أعراضاً تظهر عند مجموعة من الأطفــال تــتجمع عــند عجز الفرد عن التواصل مع الناس بالطرق العادية وبالقدر الكبير من التضرر في استخدام اللغة حيث يميل الطفل إلى تكرار ما يسمع بدلاً من أن يستجيب له وإلي أن يستبدل الضمائر بدلاً من أن يستخدمها حسب ما يقتضيه المعنى، مع ميل إلــى حفــظ مــواد ليس لها قيمة وبدون فهم دقيق لمعانيها، مع تفضيل الكائنات غير الحــية على الكائنات الحية وقد اعتمد كانر على وجود هذه المجموعة من الأعراض وقال بوجــود زملة مرضية جديدة وقــد أطلق عليها الاجترارية الطفلية Infantile Autism وقــد كــان هؤلاء الأطفال قبل ذلك إما أن يشخصوا كمتخلفين عقلياً أو أن يشخصوا كفصاميين.

وقــد توصل عفيف الرزاز، وشرف الدين (١٩٩٤) إلى وجود سمات أساسية لطفل التوحد وهى:

١- عندما يكون رضيعاً لا يستجيب للحمل والاحتضان.
٢- لا يبدو عليه أن يعرف ويعي بذاته، ويحاول دائماً اكتشاف جسده.
٣- يتمسك بطعام معين، ويمشى بطريقة ثابتة ويغسل يده بنمط محدد.
٤- القلــق الاســتحواذي بأشياء معينة (التمسك بكوب معين أو لعبة ثابتة) ويشعر بالحزن عند أخذها منه (زينب شقير، ٢٠٠٤).

ويعــرض عبدالعزيز الشخص (٢٠٠٣) لمجموعة من الأعراض والمؤشرات التي تميز الأطفال التوحديين بصورة عامة منها:

١- عــدم الاســتجابة للمسئولين عن رعايتهم بصورة مناسبة، فهم لا يميلون إلى معانقــه الأم أو الســرور والفرح لوجودها، أو الحزن أو الضيق لفراقها، ولا يحــبون أن يمسكهم أحد، أو يقبلهم، وقد يفضلون الرضاعة الصناعية حتى لا يلتصقون بالأم، وقد تواجه الأم صعوبات ومشكلات كبيرة أثناء رعايتهم سواء فى الملبس أو المشرب أو الاستحمام أو النظافة... إلخ

٢- غالـــباً لا تـــبدو على هؤلاء الأطفال مظاهر القلق أو الفزع التي يتعرض لها أقرانهم العاديين في مرحلة المهد (نهاية العام الأول).

٣- معظـــم هؤلاء الأطفال (٥٠% تقريباً) يفتقرون إلى ممارسة الكلام ذي المعنى وغالـــباً ما ينتهي كلامهم في صورة تساؤل، مع تكرار مقاطع صوتية عديمة المعنى وكأنها غناء.

٤- يمارس معظم هؤلاء الأطفال أصواتاً غير الكلام بصورة نمطية مزعجة مثل الصـــراخ أو الصـــياح، أو طقطقة اللسان، أو الضغط على الأسنان، وهم لا يستخدمونها للتواصل مع الآخرين وإنما مجرد استثارة ذاتية.

٥- قـــد يمـــارس بعـــض الأطفال سلوكيات نمطية بصورة نمطية مزعجة، مثل الاهـــتزاز أو تحـــريك اليد أمام الوجه، أو خبط الرأس في الحائط، أو تحريك مفـــتاح النور مراراً وتكراراً أو النظر إلى المروحة وهى تدور لفترات طويلة أو حـــك الجســـم بشدة، أو صعود الدرج والنزول منه، أو السير في طرقة أو بجوار جدار، أو فرد الذراعين والدوران مثل المروحة.

٦- قـــد يـــبدى معظم الأطفال التوحديين (الكبار) رغبة قهرية فى الاهتمام ببعض الموضـــوعات مثل الطقس، سواء من خلال القراءة عنه أو الإنصات باهتمام غـــير عادى لتقارير الطقس في الإذاعة أو التليفزيون وقد يهتم البعض الآخر منهم بجداول ومواعيد القطارات مثلاً فيحفظونها.

٧- يبدى بعض الأطفال التوحديين مستوى أداء متميز فى مجال محدد وضيق جداً بيـــنما يعانى ضعفاً شديداً في بقية المجالات وهي تلك الحالة التي يطلق عليها العـــبقري المعـــتوه Idiot Savant أو المعتوه الحكيم Wise Idiot مثال ذلك القدرة غير العادية على إجراء العمليات الحسابية (الجمع والطرح)، بينما قد يتميز آخرون في مجال الموسيقى، أو الميكانيكا، أو الرسم ...... ورغم ذلك فهي عديمة الفائدة لأنها لا تهدف إلى أنجاز الأشياء، أو تساعد فى التفاعل مع الآخرين.

ويعرض محمد صبري (٢٠٠٤) لبعض سمات الأطفال التوحديين على النحو التالي:

١- **الاســـتجابة الدفاعية الغير عادية للمس Tactile Defensive**: عادة ما يكون لـــدى هـــؤلاء الأطفال رد فعل غير مناسب، فعادة ما تكون الاستجابة لحاسة اللمـــس اســـتجابة عنيفة، أو قد ينسحب الطفل أو يحاول أن يتجنب ان يلمسه أحد، فنجد هذا الطفل لا يتحمل اللمس فى الأمور العادية مثل غسل الشعر أو

تســريحه أو قص الأظافر أو ملامسة بعض الأشياء مثل ملمس بعض أنواع الطعــام أو ملمس ملابس معينة وهؤلاء الأطفال يوصفون بأن لديهم حساسية مفــرطة للمــس وعلى العكس من ذلك فقد نجد أطفال لديهم حساسية ضعيفة لحاســة اللمس فنجد استجابتهم ضعيفة لهذه المثيرات، فنجدهم قد لا يشعرون بــالألم للمسات القوية أو المؤلمة، أو لا يستجيبون للألم عند تعرضهم لملامس ساخنة (Toni Hager, 1999).

٢- **استجابة دفاعية للمثيرات البصرية Visual Defensive**: وهي استجابة غير طبيعــية للمثيرات البصرية، فنجد الطفل يستجيب للأضواء المبهرة استجابات غــير عاديــة، ويمكن أن يضع يداه على عينيه، وقد يصاحب ذلك نشاط زائد عند التعرض للضوء.

٣- **اســتجابة دفاعية للمثيرات السمعية Auditory Defensive** : وهي استجابة غــير طبيعية للمثيرات السمعية ويمكن أن تحدث بصورة سلبية أو خوف من الأصــوات والضوضـــاء، فنجد أن بعض الأطفال يخافون من أصوات معينة مــثل صــوت الســيفون فــي الحمــام، أو أصوات مكبرات الصوت العالية والضوضـــاء، ويستجيبون استجابات غريبة، بأن يقوموا بالتصفيق بأيديهم، أو بأن يضعوا أيديهم على أذانهم (Holle .B , 1990).

وتــرى ســميره السعد (١٩٩٨) أن هذه الاستجابات الغير طبيعية للمتغيرات الســمعية التــي قد يبديها بعض الأطفال التوحديين مرجعها إلى ما يسمى بظاهرة الســمع المؤلــم حيث يصف الأشخاص المصابون بالألم السمعي بعض الأصوات وكأنها "تقطع داخل الأذن" أو "تصطدم بعصب مؤلم" هذا الأمر مشابه لما يشعر به بعــض الأخصائيين العاملين مع أشخاص يعانون التوحد، ولديهم سلوك في الإيذاء الذاتــي بأن جذبهم للرأس بقوة قد يكون رد فعل Reaction للأصوات المؤلمة في البيئة من حولهم، وقد يكون تفسير أن الشخص الذي يعانى التوحد يعيش وكأنه في قوقعه أو عزله، وذلك لأن بعضهم قد يظهر رد فعل جسدياً للأصوات وبعضهم قد يكــون رد فعلــه أن يعــزل سمعه عنها أو يتجاهلها، وهو ما قد يكون سبب عزلة التوحديين وهذا الأمر يجعل آباء الأطفال التوحديين يشكون بأنه أصم، لا سيما قبل تأكدهم من تشخيص حالته بأنها توحد، ونظراً لأن هذه الأصوات تكــون مؤلمة له فــأن نتيجة ذلك أن ينكفئ الطفل على نفسه ويتقوقع على داخله ولا يركز على ما حوله، وثمة مظهر آخــر من مظاهر الحساسية الزائدة، يتمثل في أن يستمع الطفل الأصــوات من حوله بشدة فتكون الأصوات مكبرة بدرجة عالية بالنسبة للطفل وهو

مـــا تذكـــره بعـــض الأمهات من السمع الخارق لأطفالهم بأن أطفالهم قد يسمعون صـــوت طائـــرة قـــبل أن تسمعها أو صافرات المطافئ قبل وصولها ومن مظاهر الســـمع الشـــديد الأخـــر، الخوف من بعض الأصوات، كصوت غلق الأبواب، أو صوت المطر وكأنه طلقات البنادق، والماء في الأنابيب وكأنها ستنفجر.

ويشير بوردين وأولنديك (١٩٩٢) Borden & Ollendick في عادل عبدالله، (٢٠٠٤- ب) إلـــى بعض الأعراض المبكرة التي تميز هذا الاضطراب فيران أن الطفـــل حديـــث الـــولادة يبدو مختلفاً عن بقية الأطفال في نفس العمر الزمني كما يتضـــح مـــن تلك الأعراض التي نطلق عليها أعراضاً مبكرة، والتي يمكن لنا ان نميزها في أمرين أساسيين كالتالي:

أولاً: الأعراض المميزة خلال الشهور الستة الأولى التالية للولادة:

هـــناك العديد من الأعراض التي يمكن أن تميز الطفل التوحدي خلال الشهور الستة الأولى من عمره مثل :

١- يبدو وكأنه لا يريد أمه، ولا يحتاج إليها أو إلى وجودها معه.
٢- لا يـــبالى بمسألة أن يقبل عليه أحد الراشدين، ويقوم بحمله حتى وأن كان هذا الشخص وثيق الصلة به.
٣- تكـــون عضلاته رخوة أو مترهلة وهو الأمر الذي يتضح من خلال التخطيط الخاص بتلك العضلات.
٤- لا يبكى إلا قليلاً، ولكنه مع ذلك يكون سريع الغضب أو الانفعال بشكل كبير.
٥- لا يســـتطيع الطفـــل إلى جانب ذلك خلال الشهور الستة الأولى من حياته أن يلاحظ أمه، أو يتابعها ببصره.
٦- يكون خلال تلك الفترة قليل المطالب بشكل ملحوظ.
٧- لا يبتسم إلا نادراً.
٨- تكون تلك الكلمات التي يمكنه أن ينطق بها غير مفهومة.
٩- من الأمور الهامة التي تميز استجاباته إنها دائما ما تكون متوقعة.
١٠- لا يبدي الطفل أي اهتمام بتلك اللعب التي يتم وضعها أمامه.

ثانـــياً: الأعـــراض المميزة للطفل التوحدي في النصف الثاني من العام الأول من عمره:

هـــناك العديد من الأعراض أو السمات التي أظهرتها نتائج الدراسات الحديثة والتي يمكن من خلالها أن نتعرف على الطفل التوحدي في النصف الثاني من العام

الأول من عمره وهو ما يساعدنا في اكتشاف الحالة قبل ان يصل الطفل إلى الثالثة من عمره، وهذه الأعراض أو السمات هي:

١- لا يبدى الطفل أى اهتمام بالألعاب الاجتماعية.
٢- لا يبدى الطفل أى انفعال نتيجة حدوث أى شئ امامه.
٣- يفتقر الطفل بشدة إلى التواصل اللفظي وغير اللفظي.
٤- تكون ردود فعله للمثيرات المختلفة إما مفرطة أو قليلة جداً.

ويرى دورمان ليفير (١٩٩٩) Dorman & Lefever إنه عندما يصل الأطفال التوحديين إلى سن المدرسة يبدو عليهم قصور واضح في عدة جوانب في مقدمتها العلاقات الاجتماعية حيث يفشلون في التفاعل مع القائمين على رعايتهم، بل إنهم يفضلون الانسحاب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية، كما أنهم لا يبدون اهتماما بتكوين صداقات كما أن لديهم ردود فعل غير عادية للإحساسات المادية المختلفة، وتعمل كل هذه الأمور مجتمعة كما يرى هربرت (١٩٩٨) Herbert على الإقلال من كم تفاعلاتهم مع الآخرين، وتذهب سميرة السعد (١٩٩٧) إلى أن الأطفال التوحديين يتسمون بالفشل فى طلب المساعدة من الآخرين عند الإحساس بالألم أو عند الحاجة إليهم ويبدأ معظم هؤلاء الأطفال كما يرى كندول (٢٠٠٠) Kendall في التصرف وكأنه لا يوجد حولهم أي إنسان فلا يردون على من يناديهم ولا يسمعون لمن يتحدث إليهم ولا تظهر أي تغييرات على وجوهم، وقد يلجأون إلى العدوان Aggression سواء على الذات من خلال سلوك ايذاء الذات أو تحطيم ما يحيط بهم من اشياء وممتلكات ويصبحون مصدر ازعاج للآخرين بما يسببونه من فوضى وعصيان ونشاط زائد Hyper Activity وانسحاب اجتماعى Social Withdrawal ويؤدى النشاط الزائد كما يرى يوشيمورا (١٩٧٩) Yoshimoura إلى تشتيت انتباه Attention Deficit هؤلاء الأطفال ة واندفاعيتهم التى تمثل مظاهر نشاطهم الزائد إلى جانب كثرة حركتهم Hyper kinesis مما يجعلهم لا يستطيعون اكتساب المهارات التى تحتاج إلى التركيز والانتباه (عادل عبدالله، ٢٠٠٢ – أ).

الخصائص العامة للأطفال التوحديين أو خصائص الطفل التوحدى:

يصف الأب دومنيك مارتن (١٩٩٣) الأطفال التوحديون بقوله: إنهم آخرين ليسوا كالباقين، كأنهم من عالم آخر تنفذ نظراتهم عبركم بغير أن تتوقف عليكم وبغير أن ينتظروا إجاباتكم، فحركاتهم غير مفهومه، وكأن البعض منهم يعاقب نفسه باستمرار على خطأ غامض، لا نستطيع تعريفهم فهم ليسوا عجزه ولا مشوهين

ولكن على العكس فإن أكثرهم جميل المظهر هم ليسوا معاقين عقليا وليسوا صم إنهم حقــا غامضون، لذلك لا يجدون مكانا لهم فى أسرهم التى يزداد قلقها Anxiety يوما بعد يوم، وفى المراكز حيث تؤدى مجهودات إدماجهم Mainstreaming مع الأطفال الآخريــن بالمربين إلى حافة الانهيارات العصبية فكأن إصاباتهم الغامضة تجذب كل من يعتنى بهم إلى هوة عالمهم غير المرئى Invisible.

الخصائص الاجتماعية Social Characteristics:

أشــار كانر Kanner إلى العديد من المظاهر الاجتماعية للتوحد وما يزال الكثير مــنها حــتى الآن يســتحق اهــتماماً خاصاً حيث شدد على أن السمة الرئيسية فى هذا الاضطراب هى الضعف والانحــراف الاجتماعى Social Deviance وقارن بين السـلوك الاجتماعي للأطفال الأسوياء والأطفال التوحديين، وما تزال هذه المظاهر من أهم المعايير التى يعتمد عليها فى تشخيص الاضطراب منذ التقرير الأول للعالم كانر.

حيــث يعتــبر انحراف النمو الاجتماعي عن المسار الطبيعى من أكثر وأشد الملامــح المميزة للاضطراب، وإن معظم الأطفال التوحديين يكونون قليلى التفاعل الاجــتماعى وغالباً ما يوصفوا على انهم فى معزل عن الآخرين أو مفصولين عن المجتمع أو من عالمهم الخارجي (Sigel B. 1996).

ويشير حسن مصطفى (٢٠٠١) إلى أن الأطفال التوحديين يتسمون بنقص (إن لــم يكن غياباً كلياً) لسلوك التعلق الطفلى وفشل مبكر فى الارتباط النوعى بشخص مــا والأطفال التوحديين غالباً ما لا يبدون التعرف أو التمييز لمعظم الناس المهمين فــى حــياتهم كالآباء والأخوة والمعلمين، ويمكن أن يظهروا عملياً انعداما فى قلق الانفصال عند تركهم فى بيئة غير مألوفة مع أشخاص غرباء.

فالأطفــال الصــغار العاديين يظهرون بسلوكيات متواصلة متعلمة من خلال رؤيــة البالغيــن المألوفيــن لهم (أب – أم – أخوات) ويتعلمون بسرعة الاستجابة بطــريقة اجتماعــية ملائمــة وفعالــة، وبالتــتابع يتعلمون أن يميزوا فى المعاملة ســلوكياتهم للتحــية مثلاً، أى من هو الشخص الذى يقبلونه أو يعانقونه أو من هو الشخص الذى يتحفظون معه فى الكلام، إلا أن الأمر يختلف بالنسبة للتوحديين فهم غالــباً ما يفتقرون إلى هذه المقدرة الطبيعية للاستجابة للآخرين بطريقة ملائمة أو التفريق بين التفاعل مع البالغين المألوفين أو الغرباء (محمد كامل، ١٩٩٨).

أمــا شاكر قنديل (١٩٩٦) فيرى أن هذا الأمر لا ينطبق على جميع الحالات وان الأطفال التوحديين الأكثر قدرة قد يقتربون من الأشخاص المألوفين لديهم، وقد

يحبون الألعاب التى تتطلب اتصالا بدنياً، بل أن بعضهم قد يجلس فى حجر شخص مألوف لديه ويستمتع بمعانقته واحتضانه له، أما الأطفال الأقل قدرة فقد يعانون قلقاً حاداً إذا غاب عن حياتهم شخص كبير مألوف لديهم.

وقــد أوضحت بعض الدراسات أن غياب التفاعل الاجتماعى يبدو على وعي الطفل بالآخرين مثل معاملة الطفل للناس على أنهم أشياء لا يتطلبون تفاعلاً متبادلاً (Maureen. A & Tessa. G, 1993).

كمــا أن العيوب المحددة التى تظهر بين الأطفال التوحديين هي الفشل في فهم وإصــدار الاستجابة الملائمة لمشاعر الآخرين، وأيضاً نقص القدرة على مشاركة الآخرين التجارب والسلوكيات (Gray. C, 1995).

حيث أن العلاقة التي يكونها الطفل التوحدى بالآخرين تكون علاقة سببية أكثر مــنها تعبيرية بمعنى أنه يتخذ من الآخرين وسيلة لتنفيذ ما يريده فمثلاً إذا أراد شئ ما يأخذ يد الأب ويضعها تجاه هذا الشئ، أي أن الأب يكون الوسيلة أو الأداة التي تحقــق للطفــل مــا يريده عندما يشاء، وهذه العلاقة الوسيلية غالباً ما تعطى لأباء الأطفــال التوحدييــن أن اطفالهم مهتمين أكثر بالحصول على ما يريدوه أكثر من اهتمامهم بمن يلبى لهم هذه المطالب (Sigel. B, 1996).

ويشــير محمد كامل (١٩٩٨) الى أن التوحديين لديهم مشكلة فى التعبير عن أبسط المشاعر من السعادة والحزن بطريقة صحيحة وأن مجال استخدام الإشارات الجســدية والتعبــيرات بالوجــه محدودة للغاية، أما التعرف على مشاعر الآخرين الخاصة بالسعادة والحزن فلديهم مشكلة بها أيضاً

هذا ويبدو عجز الطفل التوحدي عن التوجه الاجتماعي في شكل :-

الــتحديق : حيث يقضى الطفل المولود حديثاً نسبة لا بأس بها من فترة استيقاظه وهــو يحدق بنظره نحو أمه أو من يقدم له الرعاية، أما الطفل التوحدى فيفشل فى مثل هــذا الســلوك، ومن جهة أخرى فإن التعبيرات الوجهية والتواصل بالنظر يمثل بالنسبة للطفــل الســوى حــواراً أولياً Initial Dialogue بينه وبين أمه أو من يقدم له الرعاية ويعتــبر هذا أساس التواصل غير اللفظى Nonverbal Communication الذى يركز على المشاركة العاطفية والوجدانية.

الانتــباه : حين يفشل الطفل التوحدى فى سلوك التواصل غير اللفظى، بسبب الذاتويــة العالية عنده تتأثر عملية التواصل الانفعالى بالمشاركة Joint Attention والــذى يعزى إلى مهارات التواصل الاجتماعى قبل اللفظى والذي يتيح للطفل أن يشــارك الشــخص الآخــر خبرة ومعايشة موضوع أو حدث ثالث ويسمى التبادل

الـثلاثي Triadic Exchange حيـث نلاحظ ان الطفل السوي يبدي بعض الابتسام والاتجـاه نحو اللعبة أو النظر إليها أو إلى أمه، هذا السلوك يظهر عادة بين الشهر الثامن والشهر الثاني عشر من عمر الطفل.

التقليد : إن قدرة الطفل على مشاركة الأم أو بديلها في الخبرات والاهتمامات بالأشـياء والموضوعات يعتبر من أهم مجالات النمو الرمزي، فالقدرة على التقليد ضرورية جداً للأنشطة والأفعال الرمزية، هنا تلاحظ أن الطفل التوحدي يعانى من عجـز في هذا النوع من السلوك، وقد تبين أن التوحديين يعانون مشكلات في تقليد حركات الجسم البسيطة، وتلك التي تتضمن موضوعات وحالات، كما أنهم نادراً ما يقلدون أفعال والديهم (Meltzoff & copnik, 1993).

الـتعاطف الوجداني **Empathy**: إن غياب التعاطف الوجداني والمشاركة الانفعالية عند الأطفال المصابين بالتوحد يعبر عن فشلهم في تكوين التواصل العاطفي الاجتماعي فـي حياتهم، وقد طور بعض الباحثين (Capps, et. al, 1994) نموذجاً للتعاطف سماه الموقـف الغريب Strange Situation مؤكدين على أن هؤلاء الأطفال يظهرون بعض التعاطف في البدء أو عند الانطلاق During Aperture ولكنه ينعدم بعد ذلك.

الخصائص الحركية Locomotors Characteristics:

يشـير شاكر قنديل (٢٠٠٠) إلى ان هناك بعض جوانب النمو الحركي الغير عاديـة التي يتسم بها الأطفال التوحديين فلهم مثلاً طريقة خاصة في الوقوف، فهم فـي معظـم الأحيان يقفون ورؤوسهم منحنية كما لو كانوا يحملقون تحت أقدامهم، كمـا أن أذرعتهم ملتفة حول بعضها حتى الكوع، وعندما يتحركون فإن كثيرا منهم لا يحـرك ذراعيه إلى جانبه، وفي معظم الأحيان فإن الأطفال التوحديين يكررون حـركات معينة مرات ومرات، فهم مثلاً يضربون الأرض بأقدامهم إلى الأمام أو الى الخف بشكل متكرر، وفي بعض الأحيان قد يحركون أيديهم وأرجلهم في شكل حركة الطائر، وتلك السلوكيات المتكررة مرتبطة بأوقات يكونون فيها مبتهجين، أو مستغرقين في بعض الخبرات الحسية مثل مشاهدة مصدراً للنور يضاء ويطفأ.

الخصائص السلوكية Behavioral Characteristics:

يـرى عبدالرحمن سليمان (٢٠٠١) أن الطفل التوحدي سلوكه محدود وضيق المدى كما أنه يشيع في سلوكه نوبات انفعالية حادة، وسلوكه هذا لا يؤدي إلى نمو الـذات ويكون في معظم الأحيان مصدر إزعاج للآخرين، ومعظم سلوكيات الطفل

الــتوحدي تــبدو بســيطة من قبل تكوير قطعة من اللبان بيديه، أو تدوير قلم بين أصــابعه، أو تكرار فك وربط رباط حذائه، وهذا قد يجعل الملاحظ لسلوك الطفل الــتوحدى يراه وكأنه مقهور على أدائه، أو كأن هناك نزعة قسرية لتحقيق التشابه فى كل شئ، حيث أن التغيير في أي صورة من صوره يؤدي إلى استثارة مشاعر مؤلمة لديه.

ويشــير شــاكر قنديل (٢٠٠٠) إلى أن أي قصور حاد فى أداء الطفل عموماً يؤدى إلى عجز في عمليات نمو الشخصية، فالمستوى المتدني في الأداء أو السلوك يحــول دون اتساع أفق الشخصية، أو حدوث ثراء فى خبرات الطفل، وهذا بدوره يجعــل ســلوك الطفل التوحدى عاجزاً عن التأثير فى بيئته، ولا يسمح لسلوكه بأن يــؤدى دوراً مؤثــراً فــي مثيرات البيئة، وتكون المحصلة أن ذلك كله يحول دون تحقــيق تعزيز لسلوكيات جديدة حيث أن من الحقائق المعروفة إنه كلما اتسع مدى الســلوك كلما تعاظمت الرغبة في أداء سلوك جديد وكلما زادت احتمالية أن تؤدى نــتائج هــذا السلوك إلى زيادة القابلية لتعزيزه، أي أنه كلما اتسعت خبرات الطفل وتفاعلاتــه الاجتماعــية كلمــا امــتد سلوكه إلى نطاقات جديدة، أما بالنسبة للطفل الــتوحدي فــإن تعرضــه المفاجــئ لأي بيئة جديدة وفي نطاق خبراته السلوكية المحدودة، فأن ذلك يعرضه إلى اضطرابات حادة في شخصيته.

الخصائص اللغوية Linguistic Characteristics:

يذكــر لويــس ملــيكه (١٩٩٨) أن الأطفال التوحديين يعانون من انحرافات ارتقائية خاصة على المستوى الارتقائى اللغوي والاجتماعي والحركي وفي عمليات الانتباه والإدراك واختبار الواقع.

إن تطــور اللغــة لدى الطفل التوحدي يمثل عاملاً حاسماً وهاماً جداً بالنسبة للــتطورات المحتملة من اضطرابات الطفل التوحدي حيث أنه أذا لم يكن هناك أي حصيلة لغوية لدى الطفل التوحدي يكون قد أكتسبها من البيئة المحيطة به حتى سن الخامسة أو السادسة من عمره فإن نمو قدراته وتطورها في المستقبل سوف يكون محدداً.

وفــي تقرير عن سزاتمارى (١٩٨٩) Szatmari, et. al وآخرين قرر فيه أن هذه الصعوبات في اكتساب اللغة تظهر لدى كل من ذوى القدرات العقلية المحدودة أو المــرتفعة على حد سواء، حيث وجد فى دراسته أن تقريباً ثلثى أفراد العينة من الشــباب الصغير من ذوى الأوتيزم استمروا يعانون من مشكلات التواصل أو اللغة

غـــير العادية بالإضافة إلى أن ثلث أفراد العينة كانت اللغة لديهم فى انحدار مستمر وكان لديهم صعوبات في إجراء محادثة كاملة مع الآخرين (محمد كامل، ١٩٩٨).

ويشـــير كلا من (Aarons & Gittens, 1992) إلى أن الطفل التوحدى يعانى مـــن شذوذ في طريقة الكلام شاملاً ارتفاع الصوت ونغمته والضغط على المقاطع والإيقـــاع (مثلاً أن يكون نبرة الصوت على وتيرة واحدة مثل الآلة)، كما أنه يردد الكـــلام دون أن يفهم وربما يكون فى بعضه المواقف ويردد كلمات أو جملاً قيلت أمامه، فيتخيل الآخرون إنه على فهم ودراية بما يقول وهو عكس ذلك.

٦

الفصل السادس

التشخيص Diagnosis

الفصل السادس

التشخيص Diagnosis

تشــير فضــيلة الــراوي وأيمن البلثة (١٩٩٩) إلى أن عدم تشخيص حالات الــتوحد وعلاجها مبكراً يجعل حياه الطفل والأسرة نوعا من الجحيم غير المحتمل، فالطفل يتصرف تصرفات غير مفهومة وغير مفيدة له أو لغيره، ولا يمكن أن يعيش حــياه طبيعية أو أن يدرس بمدرسة عادية، رغم أن ٢٥% من الأطفال التو حديين يكون معامل ذكائهم طبيعيا Normal.

وترى كريستين مايلز (١٩٩٤) أن التوحد مصطلح يجب استخدامه بحذر فهو لا ينطــبق علـــى الطفل الذي قد يكون سلوكه الشاذ ناجما عن تلف في الدماغ ولا يمكــن اســتخدامه فـــي الحالات التي يرفض فيها الطفل التعاون بسبب خوفه من المحيط غير المألوف.

ويـــرى يوسف القريوتي وآخرون (١٩٩٥) أن أي محاولة للتعرف وتشخيص الأفـــراد أو الأطفـــال الذين يعانون من اضطراب التوحد لابد أن تنطلق من جهود Effort كانر باعتباره أول من أشار إليه، ففي مقالته الأساسية Basic Report عن الذاتويـــة (إعاقـــة الـــتوحد) في عام ١٩٤٣ أشار إلى خصائص (١١) طفلاً كانوا يعانون من زملة أعراض غير معروفة، وقد توصل كانر إلى هذه النتائج من خلال الملاحظـــة الدقـــيقة والمنظمة، ولقد كان الهدف Aim من تلك الدراسة هو التعرف علـــي الخصائص السلوكية للمفحوصين، وللتمييز بينها وبين الصفات التي يظهرها الأطفـــال المرضـــى بأمـــراض نفســـية أخـــرى وهذه الصفات تشمل: عدم القدرة Inability علـــي التعلق والانتماء Relate الى الذات والآخرين والمواقف وذلك منذ الـــولادة، تأخر في اكتساب الكلام، عدم استخدام الكلام عند التواصل، رغبة شديدة المحافظة على الروتين، عكس صفة الملكية، سلوك لعب نمطي ضعف في التخيل، ذاكرة جيده، ومظهر جسماني طبيعي.

وقـــد وضع الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الذي صدر عـــن الـــرابطة الأمريكية للطب النفسي تصنيفين، أطلق علي التصنيف الأول اسم: إعاقـــة الـــتوحد الطفلـــيه ذات الأعراض الكاملة وأطلق علي التصنيف الثاني اسم: إعاقـــة الـــتوحد الطفلـــية ذات الأعـــراض المتبقية، ويمكن الإشارة إلى المحكات التشخيصية للاجترارية الطفلية ذات الأعراض الكاملة علي النحو التالي:

١- بدء الاضطراب قبل سن ٣٠ شهراً.
٢- العجز عن الاستجابة للآخرين.
٣- اضطراب شديد في النمو اللغوي.
٤- أنماط كلامية شاذة وغريبة (مثل تقليد الكلام المباشر، أو قلب الضمائر).
٥- استجابات بيئية غير سوية (مثل مقاومة التغيير، أو التعلق والاهتمام بموضوعات شاذة).
٦- غياب الأوهام والهلاوس وفقدان الترابط، والكلام المفكك (غير المترابط) كما يحدث عند الإصابة بالفصام.

ويمكن الإشارة إلى المحكات التشخيصية للاجترارية الطفليه ذات الأعراض المتبقية علي النحو التالي:

١- الإصابة بالاضطراب سابقاً ثم الشفاء منه وعودة بعض الأعراض
٢- الصورة الإكلينيكية الحالية لا تشير إلي وجود أعراض التصنيف الأول كاملة (A . P. A, 1987).

ويري عادل عبد الله (٢٠٠٢- ب) أن دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة (DSM-IV) الصادرة عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤) A.P.A والتصنيف الدولي العاشر للأمراض ICD-10 الصادر عن منظمة الصحة العالمية (١٩٩٢) WHO يعدان هما المصدران الرئيسيان لتشخيص الأمراض والاضطرابات المختلفة في الوقت الراهن، وأنه لا يوجد أي تعارض بينهما في تشخيص الاضطرابات المختلفة بوجه عام وفي تشخيص اضطراب التوحد علي وجه الخصوص وفي هذا الإطار نلاحظ أن محور التركيز الأساسي لكل منهما يدور حول أربعة محكات رئيسية هي:

١- البداية start

تكون بداية الاضطراب قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره، ويكون الأداء الوظيفي للطفل مختلاً في واحد علي الأقل من عدد من الجوانب هي التفاعل الاجتماعي، واستخدام اللغة للتواصل الاجتماعي، واللعب الرمزي أو الخيالي.

٢- السلوك الاجتماعي Social Behavior

يوجد لدي الطفل قصور كيفي في التفاعلات الاجتماعية وذلك في اثنين على الأقل من أربعة محكات هي التواصل غير اللفظي، إقامة علاقات مع الأقران والمشاركة مع الآخرين في الأنشطة والاهتمامات وتبادلية العلاقات الاجتماعية معهم.

٣- اللغة والتواصل Communication and language

يوجـد قصور كيفي في التواصل في واحد على الأقل من أربعة محكات هي تأخر أو نقص كلي في اللغة المنطوقة، وعدم القدرة على المبادأة في إقامة حوار أو محادثـة مع الآخرين، والاستخدام النمطي أو المتكرر للغة، إلى جانب قصور في اللعب التظاهري أو الخيالي.

٤- الأنشطة والاهتمامات Activities and Interests

توجـد أنماط سلوك واهتمامات وأنشطة مقيدة نمطية وتكرارية في واحد علي الأقـل مـن أربعة محكات هي الانشغال باهتمام نمطي واحد غير عادى، الرتابة والروتين، أساليب نمطية الأداء، والانشغال بأجزاء من الأشياء.

ويشـير أحمد عكاشة (١٩٩٢) فيما يتعلق بالمؤشرات التشخيصية للاجترارية أنه عادة لا تكون هناك مرحله سابقة أكيدة من الارتقاء الطبيعي، ولكنها إن وجدت لا تـتجاوز عمـر الـثلاث سـنوات وأن هناك دائما اختلالات كيفية في التفاعل الاجتماعـي المتبادل، وتأخذ هذه الاختلالات شكل التقدير غير المناسب للتلميحات الاجتماعـية والعاطفية، كما يتضح ذلك في فقدان الاستجابات لمشاعر الآخرين أو عـدم تعديـل السـلوك طـبقاً للإطـار الاجتماعي، مع استخدام ضعيف للرموز الاجتماعـية، وتكـامل ضعيف بين السلوكيات الاجتماعية والعاطفية والتواصلية، وخاصـة فقـدان التبادل الاجتماعي والعاطفي، كذلك تنتشر الاختلالات الكيفية في التواصـل، وقد تأخذ هذه الاختلالات شكل عدم الاستخدام الاجتماعي لأي مهارات لغويـة Linguistic Skills قـد تكون موجودة، وخلل في ألعـاب تصديق الخيال والتقليد الاجتماعي، وضعف المرونة في التعبير اللغوي، وفقدان نسبي للقدرة علي الابتكار والخيال في عمليات التفكير، وفقدان الاستجابة العاطفية لمبادرات الآخرين اللفظـية وغـير اللفظية واستخدام خاطئ للأشكال المختلفة من الإيقاع والتأكيد في إيقـاع التواصل، وكذلك عدم استخدام الإشارات المصاحبة التي تساعد في تأكيد أو توضيح التواصل الكلامي.

ويري عبدالرحمن سليمان (٢٠٠٢) مستنداً إلى ما جاء في الطبعة الرابعة من الدلـيل التشخيصـي والإحصـائي للاضطرابات النفسية (DSM-IV) إنه لكي يتم تشخيص التوحد فإننا نحتاج إلى أدلة علي وجود مشكلات في ثلاث مجالات كبيرة تشـمل الـتفاعل الاجتماعي، التواصل، والسلوكيات النمطية وهنا يتعين أن يعاني الفـرد من ستة أعراض تنتشر في المجالات الثلاثة بحيث ينطوي اثنان منها على الأقـل علـى اضطرابات في التفاعل الاجتماعي وعرض واحد في كل مجال من

مجـــالات التواصل، والسلوك النمطي، وتشتمل الأعراض التي تندرج ضمن مجال الـتفاعل الاجتماعـــي مـــا يلـــي: خلل واضح في استخدام السلوكيات غير اللفظية المـتعددة أو الكثير المعقدة Multiple وعدم القدرة علي تكوين علاقات مناسبة مع الأقـــران، والافتقار إلى التلقائية في مشاركة الآخرين اهتماماتهم وإنجازاتهم، وعدم القـــدرة على تبادل المشاعر والعلاقات الاجتماعية مع الآخرين، وتضم الأعراض المـندرجة ضمن التواصل ما يلي: تأخر نمو اللغة الشفهية (المنطوقة) أو ضحالته (مع عدم تعويض ذلك النقص بأي أساليب تواصل أخرى) وبالنسبة لمن يستطيعون الكـــلام فأننا نجدهم يعانون من اضطرابات واضحة في مهارات المحادثة (التخاطب) واسـتخدام اللغـــة بصـــورة نمطـــية وتكرارية، والافتقار إلى التلقائية في محاكاة المعـــتقدات (تعليم القيم value والمعتقدات Beliefs) أو اللعب الاجتماعي Social play وتشـــتمل الأعراض التي تندرج ضمن مجال السلوكيات النمطية الاستغراق فـــي عمـــل واحـــد محدد لمدة طويلة وبصورة غير عادية (التكرار) والتقيد الجامد بالعـــادات Habits أو الطقـــوس غـــير النمطية وغير المهمة، واللزمات الحركية النمطـــية والمـــتكررة، والانشـــغال بأجزاء part of من الأشياء وليس بالشيء كله وبالإضـــافة إلـــى In Additional to تلـــك الأعراض الستة يجب أن يعاني الطفل المصـــاب أيضا من تأخر في التفاعل الاجتماعي، التواصل الاجتماعي أو التفاعل بالـــرموز أو اللعـــب التخيلي، فضلاً عن ضرورة حدوث هذه الأعراض قبل بلوغ الطفل الثالثة من العمر.

ويري محمود حموده (١٩٩١) أن هذا الاضطراب يمكن تشخيصه إذا توافرت ثمـــان مـــن المواصـــفات الست عشره التالية علي أن تشمل علي الأقل اثنان من المجموعة (أ) وواحدة من المجموعة (ب) وواحدة من المجموعة (ج).

أ - وجـــود إعاقة كيفية في التفاعل الاجتماعي المتبادل كما يظهر في واحده مما يلي:

١- نقص ملحوظة في الوعي بوجود أو مشاعر الآخرين (يعامل الناس كأشياء ولا يلاحظ كربهم أو همومهم).

٢- لا يبحـــث عن الراحة وقت التعب، أو يطلبها بطريقة شاذة (مثل عدم سعيه للراحة عندما يكون مريضاً أو مجهداً، يطلب الراحة بطريقة آليه مثل قوله: جنبه، جنبه، جنبه، عندما يكون مصاباً).

٣- لا يحاكي الآخرين (لا يقلدهم) أو يحاكيهم بصوره مضطربة (مثل: لا يلوح مودعاً -Bye , Bye أو التقليد الآلي للآخرين دون علاقة بالموقف).

٤- لا يشارك في اللعب الاجتماعي أو يكون شاذاً، ويفضل اللعب الفردي، وإذا شارك الأطفال الآخرين فإنه يعاملهم كآلات.

٥- خلل بارز في قدرته علي عمل صداقات مع الرفاق.

ب- خلل كيفي في التواصل اللفظي وغير اللفظي وفي النشاط التخيلي كما يظهر فيما يلي:

١- لا توجد وسيلة تواصل مثل محاولات التواصل اللفظي أو التعبير الوجهي أو الإيماء، أو التواصل الحركي.

٢- التواصل اللا لفظي غير الطبيعي الملحوظ، كما في استخدام الحملقة بالعينين والتعبير الوجهي والوضع الجسدي أو الإيماءات لبدء تفاعل اجتماعي (مثل: عدم الابتسام أو النظر للآخرين عندما يقترب منهم اجتماعياً، لا يجل أو يحترم والديه أو الزوار وله حملقة ثابتة في المواقف الاجتماعية).

٣- غياب النشاط التخيلي مثل لعب أدوار Role playing الكبار والشخصيات الخيالية أو الحيوانات ونقص الاهتمام بالروايات الخيالية.

٤- شذوذ ملحوظ في طريقة الكلام شاملاً ارتفاع الصوت ونغمته والضغط على المقاطع والمعدل والإيقاع مثل: الكلام بنبرة أو وتيرة واحدة أو بطريقة تشبه السؤال، أو بصوت مرتفع.

٥- شذو ذات ملحوظة في شكل ومحتوي الكلام، وتشمل الكلام بصورة أليه متكررة (مثل الترديد المباشر للكلام أو التكرار الآلي لإعلانات التليفزيون)، سوء استعمال الضمائر (مثل: قوله أنت عندما يود أن يقول أنا) بالإضافة لاستخدام كلمات أو جمل في غير موضعها.

٦- خلل ملحوظ في قدرته علي بدء محادثة مع أخر أو استمرارها برغم وجود ظروف مناسبة للحديث.

ج- النقص الملحوظ في ذخيرة الأنشطة والاهتمامات كما يلاحظ بواسطة ما يلي:-

١- الحركات الإلية للجسم (مثل: النقر باليد أو لف اليد في حركة دائرية أو الدوران حول النفس أو أرجحة الرأس).

٢- الانشغال الدائم بأجزاء الأشياء (مثل شم الأشياء) أو الارتباط بموضوع غير معتاد (مثل الإصرار علي حمل قطعة من الخيط طول الوقت).

٣- الكرب الشديد عند حدوث تغير في البيئة مهما كان طفيفاً، (مثل تحريك فازه) من مكانها المعتاد.

٤- الإصـــرار غــير المناســب علـــي إتباع نفس الروتين بكل التفاصيل مثل الإصرار علي أن يسلك نفس الطريق عند شراء شئ ما.
٥- ضيق ملحوظ في الاهتمامات والانشغال باهتمام واحد فقط.

د -بداية الاضطراب خلل في الرضاعة أو الطفولة (وتحدد البداية إذا كانت بعد ثلاث سنوات أو قبلها).

أما محمد قاسم (٢٠٠١) فيري أنه يمكن تشخيص إعاقة التوحد من خلال:

التقييم والتشخيص الطبى Medical Assessment :

ويضـــم هــذا الفحص والتقييم كشف الخلل البيوكيماوي والعصبي والعضوي والاضــطرابات المــرافقة للتوحد الطفولي، وقد افترضت أكثر البحوث الطبية أن التوحد هو اضطراب ناتج عن سبب واحدSingle Cause إلا أن الدراسات الحديثة بينـــت أن هناك عدد محدد من العوامل المسببة للاضطراب منها الحصبة الألمانية الخلقـــية أو الفطـــرية، وارتفـــاع في النبض أو الضغط Hypertension وفيروس تضـــخم النسيج الخلوية، وبشكل مشابه أيضا فقد لوحظ أن هناك عدداً من ضروب الشـــذوذ البيوكـــيماوى عند هؤلاء الأطفال مثل السيروتونين ومع أن الاتفاق العام الـــذي تـــم التوصل إليه عن طريق هذه الفحوص الطبية، هو أن هناك اختلاف ذا دلالـــه بيـــن الأطفـــال التوحديين في هذه المظاهر والتغيرات العضوية والكيماوية ولذلـــك لا يوجـــد مؤشـــراً واحداً يمكن الركون إليه في تمييز هؤلاء الأطفال عن أقرانهم الأسوياء، إلا أن الفحص الطبي كان موضوع عدد كبير من البحوث.

القياس والتقييم النفسي التقليدي Traditional Psychological Assessment:

إن التقييم والقياس النفسي للأطفال التوحديين باستخدام الاختبارات النفسية التقليدية لـــم يطبق منذ مدة طويلة، فقبل عقدين من الزمن كانت الفكرة السائدة بين المختصين أن الأطفـــال المصـــابين بالـــتوحد غـــير قابلين للقياس والتقدير النفسي ولا يمكن تطبيق الاختـــبارات عليهم ولكن مع التطور الذي حدث في تعديل الاختيارات النفسية التقليدية، ومـــع إتـــباع طـــرائق التقدير السلوكي، أصبح الأطفال التو حديين أكثر قابلية للقياس ومطاوعون بحيث يمكن الحصول علي نتائج هامة عنهم (Firth,١٩٩٩).

التقييم السلوكي Behavioral Assessment :

يتضـــمن الـــتقدير السلوكي تحديد السلوكيات المستهدفة والمتغيرات الضابطة لهـــا، ويـــتم إجراء ذلك باستخدام التقنيات السلوكية مثل الملاحظة، قوائم الفحص، وتحلـــيل المهـــام Analysis Tasks ويضيف محمد قاسم إن إمكانية تطبيق التقدير

السلوكي لاتخاذ قرارات هامة أمر مشجع ويعد بنتائج هامة فيما يتعلق بالتربية الخاصة كما أن الكثير من النتائج الإكلينيكية حول الأطفال التوحديين تستند إلى مثل هذه التقديرات (وخاصة الملاحظة السلوكية) ثم أن طرائق Methods التقييم السلوكي ضرورية من اجل المراقبة المستمرة للبرامج التربوية التي تتطلبها خطة المعالجة حتى تحقق هذه البرامج غايتها المطلوبة.

وبصفة عامة، فان الاختبارات قد صممت للأفراد الذين لديهم قدرة محدودة أو الذين ليست لديهم قدرة إطلاقا على الكلام، ولذلك فإنه غالباً ما تفشل في تقديم تقييمات تتصف بالدقة، ولهذا السبب فان المتخصصين Specialists في مجال إعاقة التوحد يقومون بالتقييم معتمدين بصورة أساسية علي ملاحظة سلوك الطفل بصورة جيدة، بالإضافة إلى الاعتماد علي ملاحظات الوالدين، وتقارير المدرسين ومع ذلك فان عملية الملاحظة المباشرة هي عملية طويلة، وهناك عدد قليل من الأطباء، وآخرين من أخصائي التقييم لديهم الوقت الكافي لهذا النمط من التشخيص والعديد من الأطباء بالإضافة إلى ما سبق يعارضون عمل تشخيص التوحد لعدة أسباب مختلفة For a Number of Reason فبعضهم ببساطة يتردد في أن يطلق علي الطفل صفة توحدي والبعض الأخر تنقصهم الخبرة، حيث إن خبرتهم محدودة مع هذا الاضطراب، وبعض الأطباء يفضلون تسمية أخرى لهذه الإعاقة غير كلمة توحد، ولسوء الحظ فإن التشخيص غير الدقيق والمضلل يكلف الطفل وقتاً ثميناً كان الأفضل أن يقضيه في الحصول علي خدمات التربية الخاصة (عبدالرحمن سليمان، ٢٠٠٢).

ولقد أشار فلسبرج (1992) Fulsberg إلى أنه يمكن تشخيص التوحد من خلال فحص الأعراض التالية:

١- التعبير اللفظي واستخدام بعض الكلمات الشائعة.
٢- العمليات الادراكية والتعبير عنها.
٣- العمليات المعرفية.

كما أوضح بوتر وآخرون (1993) ,Putter,et. al إلى أنه يمكن تشخيص الطفل على أنه توحدي (أو طفل اجتراري) إذا كانت لديه الأعراض التالية:

١- نشاط حركي مفرط Hyper kinesis.
٢- اضطراب في كل من الانتباه والإدراك واللغة (عبدالمنان معمور، ١٩٩٧).

ويصف علاء الدين كفافي (٢٠٠١) الملامح التشخيصية للاضطراب مستنداً إلى ما جاء بالدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة DSM-III بأن

الاضـــطراب الاجـــترارى يتمـــيز بالفشل في تنمية علاقات بينية شخصية وبنقص الاستجابة ونقص الميل نحو الناس، ويتبع ذلك الفشل في تنمية سلوك التعلق السوي بالآخريـــن كمـــا أن الطفـــل الاجترارى يفشل في الاستجابة لسلوك الاحتضان من جانب الأم أوالآخرين، ونقص كل من الاتصال البصري Eye Contact والاستجابة الوجهية والاتصال الجسدي واللامبالاه ونقص العاطفة، ونتيجة لذلك فإن كثيراً من الآبـــاء يشـــكون في البداية من أن الطفل مصاب بالصمم ويتعامل الطفل مع الكبار علـــى أنهـــم قابلون للتغير، وقد يتعلق تعلقاً ميكانيكيا بشخص معين، وعندما يدخل الطفـــل مـــرحلة الطفولـــة المبكرة (٣-٥) لا يستطيع ممارسة اللعب مع الأطفال الآخريـــن وفـــي تنمية صداقات معهم، وان كان بعض الأطفال يستطيعون في هذه المـــرحلة أن يكتسبوا وعياً أكثر بمن حولهم ويحاولون التعلق بالكبار المحيطين بهم فـــي بيئـــتهم، ولكن هذه الاجتماعية الظاهرة أقرب إلى أن تكون علاقة زائفة علي الـــنمو الاجتماعي لأنها لا ترتقي بالطفل في السلم النمائي بل أنها قد تكون مصدراً للخلط والتشويش في التشخيص لأن من المؤكد أن الأطفال الاجترار يين يفشلون في تنمـــية علاقات مع الأقران علي نحو يتناسب مع المستوى الارتقائي الذي يتفق مع مســـتواهم العمري، أما الأفراد الكبار نسبياً أو البالغين فربما يتكون لديهم ميل إلى إنشـــاء الصداقات، ولكن هذه العلاقة تتميز بنقص الفهم للأعراف والتقاليد المرتبطة بالصـــداقة، ويضـــيف الدليل التشخيصي والأخصائي في طبعته الرابعة DSM-IV الصادرة عام ١٩٩٤ إلى الأعراض السابقة نقص التبادلية الانفعالية والاجتماعية مـــع الآخرين باعتبارهم أدوات أو وسائل ميكانيكية لأن وعي الاجتراري بالآخرين متضرر بشكل كبير بغياب البعد الإنساني عن هذا الوعي، فالطفل الاجترارى يكون زاهدا عما يحيط به من أهله حتى من أخوته المقاربين له في العمر ولا يكون لديه مفهوم واضح عن الحاجة إلى الآخرين أو ما يمكن أن يعانيه الآخرون بسببه مثلا، ويتضمن عطب الاتصال بالآخرين التضرر الكبير في المهارات اللفظية والمهارات غير اللفظية، بل إن اللغة قد تغيب تماماً، ولغة الاجترارى بصفة عامه تتميز ببناء قواعـــد أو البـــناء النحوي علي صورة فجة وغير ناضجة والصداء اللفظي، وقلب الضـــمائر، وعـــدم القدرة علي فهم المصطلحات المجردة، ولحن الكلام الشاذ مثل إنهاء أي جملة عادية بلهجة التساؤل، كما يتضمن الاتصال غير اللفظي النقص في التعبـــيرات الوجهـــية المناســـبة مـــن الناحية الاجتماعية، وعندما يتحدث الأطفال الاجـــتراريون يتضـــح قـــدر العطب الذي يعانونه في القدرة علي بدء المحادثة مع الآخريـــن أو الاســـتمرار فـــيها كذلك من مظاهر البطء اللغوي في الاجترارية أن

الطبقة الصوتية pitch واختلاف شدة الصوت Intonation والمعدل Rate والارتفاع Rhythm أو الضغط Stress علي بعض الكلمات، وكلها تكون في المعدل أو الشكل الشاذ أو غير المألوف مثل نغمة الصوت أو تكرار الكلمات أو الجمل من غير ما ضرورة، أو استخدام اللغة الاستعارية Metaphoric language التي لا يفهمها إلا المحيطون بالطفل، كذلك من مظاهر التضرر في الاجترارية عجز الطفل عن اللعب التخيلي واللعب التلقائي The make-believer play واللعب المنوع أو اللعب القائم علي التقليد الاجتماعي الذي يتفق مع المستوى الارتقائي المفترض لعمر الطفل، ويظهر الاختلال في هذا الجانب إذا ما شارك الآخرين في الألعاب فإنه يفعل ذلك بأسلوب نمطي وفي سياق يخرج تماماً عن سياق اللعب وعلى نحو يكشف عن عدم فهم لمعنى اللعب ودلالة الموقف، ويتسق هذا السلوك مع الميل الاجتراري الواضح المتمثل في الأنماط السلوكية الجامدة والمكررة والمحددة والأنشطة والاهتمامات المحددة والشاذة في حدتها أو فيما تركز عليه، مع التمسك الشديد بقواعد وطقوس معينة غير وظيفية، ويضيف علاء الدين كفافي أنه من محكات التشخيص الأساسية في الاجترارية السلوك الحركي المنمط والمتكرر وعمل الأشياء بطريقة واحدة والإصرار علي ذلك وكأنها اقرب إلي الطقوس التي لا ينبغي أن تمس مثل الذهاب إلى المدرسة عن طريق واحد لا يتغير ومثل حركات اليدين النمطية التي تتم عند التصفيق أو الطرقعة أو تحريك الصوابع أو تحريك الجسم كله مع الهز والميل والتأرجح بشكل مستمر والشذوذ في وضع الجسم أو المشي علي أطراف القدمين، وكذلك من ألوان السلوك الغريب في الاجترارية الانشغال الزائد بأجزاء من الأشياء أو الأشياء الصغيرة مثل الأزرار أو أجزاء الجسم ومحاولة الاحتفاظ بأشياء صغيرة ليست لها قيمه كقطع من الخيط أو المطاط، والإعجاب إلى حد الافتتان بالأشياء المتحركة خاصة الدوارة مثل المروحة الكهربائية أو العجلات التي تدور وفتح أبوابها وغلقها، ومن مظاهر هذا الاضطراب مقاومة التغير والثورة علي أي مظاهر توحي به ولو في الحدود البسيطة فقد يثور الطفل ثورة عارمة إذا ما تغير مكانه علي مائدة الطعام ويختتم علاء كفافي حديثة بقوله إن خلاصة المحكات التشخيصية هي أن تؤدى الوظائف بشكل شاذا أو متأخر قبل سن الثالثة في واحد من الميادين الثلاثة الآتية:- التفاعل الاجتماعي، اللغة كما يستخدمها في التواصل الاجتماعي، اللعب الرمزي أو التخيلي، وفي معظم الحالات لا يعيش الطفل الاجتراري فترة سوية في حياته، وإن

كانت التقارير تذكر عن بعض الأطفال أنهم خبروا فترة من النمو السوي لفترة عام أو عامين ولكن هذا السواء ينتهي عندما يبلغ الطفل سن الثلاث سنوات.

ويــرى وولف Wolf (1988) أنه يمكن تشخيص اضطراب التوحد من خلال ملاحظة الأطفال المصابين به حيث أنهم يعانون من:-

١- عطب واضح في الاتصال التفاعلي بالآخرين.
٢- عطب واضح في الارتقاء اللغوي، وغالباً ما يردد الطفل الاجتراري الكلمات، ويعانـــي غالــباً مــن عدم القدرة علي استخدام الضمائر كأن يلقب الأفراد أنا ويلقب نفسه أنت بالإضافة إلى عدم القدرة علي التخيل وتقليد الآخرين.
٣- ممارسة أنماط سلوكية نمطية.

وتــري كــر يستين مايلز (١٩٩٤) أن الطفل المصاب بالتوحد يمكن التعرف عليه لأنه تبدو عليه كثير من السمات التالية:-

١- لا يطــور علاقات شخصية، ولا يستجيب الطفل الرضيع للحمل والاحتضان ويتجنب الطفل الأكبر سناً في العادة النظر في وجه إنسان آخر، ويمتنع بشكل خاص عن إقامة الاتصال بالعين EyeContact وعندما يمسك الطفل التوحدي بإنسان أخر فكأنه يمسك بقطعة أثاث وليس إنسان.
٢- لا يــبدو علية أنه يعرف بوجود هوية شخصية أو ذات خاصة به، وكثيراً ما يحــاول هؤلاء الأطفال استكشاف أجسادهم والإمساك بها كما لو كانت أشياء جــامدة، وإلـــى درجة إيذاء أنفسهم، وإذا تمكن هذا الطفل التوحدى من الكلام فإنه قد لا يدرك الفارق بين أنا وأنت وهو وهي ... الخ.
٣- الــتعلق الاســتحواذي المأخوذ بأشياء معينه فقد يسعى الطفل إلى الإمساك بشيء واحد دوما كقطعة قماش أو كوب ويشعر بالحزن الشديد إذا أخذ هذا الشيء منه.
٤- يصبح شديد الحزن إذا تغيرت البيئة المحيطة به بأي طريقة كانت مثلا:- إذا نقل الأثاث من موقعه المعتاد، أو إذا افتقد شيئاً مألوفا لديه، وقد ينزعج الطفل إذا جــرى خــرق الروتين، ولم يحافظ عليه بصرامة، وكثيراً ما تتطور عنده طقوس معينه كان يطوي ملابسه بطريقة معينة، وأن يصر علي جلوس الناس فـــي أماكن معينة لتناول الطعام، وأن يغتسل بطريقة معينة وقد يرفض الطفل أكل طعام غير مألوف لديه.
٥- يظهر حزنه بنوبات غضب أو يعض نفسه أو يأتي بحركات معينه، كالهز إلى الأمــام والوراء، أو القفز صعوداً وهبوطاً، أو الركض في أرجاء الغرفة علي

أطـراف أصـابعه وكثـيراً مـا لا يستطيع أحد معرفة سبب حزن الطفل أو استيائه، وقد لا تجدي كل محاولات إراحة الطفل مما يعانيه.

٦- شذوذ الإدراك، فكثيراً ما يستجيب الأطفال التوحديون بطرق غريبة، فقد يحب الطفـل إمساك وتفحص أجسام دقيقة، كحبات الرمل أو بذور الأعشاب، ويبدو كأنه لا يشعر بشيء قد يسبب له الألم.

٧- عدم امتلاك ناصية اللغة، أو امتلاك القليل منها فقط، ويمكن للطفل الذي يملك بعض القدرة علي الكلام أن يكرر جملاً قد سمعها قبل زمن، وقد يفتقر صوت الطفـل إلي التعبير أو النغمة، وقد لا يفهم الضمائر الشخصية ولا يفهم الطفل الإيماءات ولا يستعملها في العادة.

٨- قد يكتسب الطفل أوضاع أو طرق غريبة عندما يتحرك فقد يفتل الطفل خيطاً أو يلعب بطريقة محدده بأي شئ أخر.

٩- لا يلعـب بطريقة تخيلية، فهو لا يستعمل اللعب لتمثيل الأشياء بطريقة عادية (مـثلا: قـد يستعمل الطفل الدمي أو السيارات كمواد بناء بدلاً من استعمالها كأطفال أو كسيارات تسير علي الطريق).

١٠- علي الرغم من كون بعض الأطفال التوحديين متخلفين عقلياً، فإن لدي بعض الآخرين جزءاً من القدرة علي حساب الأعداد بسرعة وبشكل صحيح، ويمكن للـبعض الأخر الذي لا يستطيع التكلم أن يعبر عن مشاعره بكتابة الشعر، أو أن يمتلك قدرة موسيقية خارقة، أو أن يرسم شكل عادي.

وقـد شـدد كانر على العجز الاجتماعي باعتباره مظهراً أساسيا في تشخيص التوحد، وأن السمة الرئيسية في هذا الاضطراب (التوحد) هي الضعف والانحراف الاجتماعـي Social Deviance وقارن بين السلوك الاجتماعي للأطفـال الأسوياء والأطفـال التوحديين، مبينـاً أن أهم ما يميز الآخرين هو العجز وضعف الأداء الاجتماعـي Social Dysfunction ومـا تزال هذه المظاهر من أهم المعايير التي نعتمدها في تشخيص الاضطراب منذ التقرير الأول للعالم kanner كما شدد روتر (١٩٧٨) علـى النمو الاجتماعي غير السوي في التوحد واعتبره من أهم المظاهر الجوهـرية والأساسـية فـي تعـريف الاضطراب وتشخيصه، وقد اعتبر الدليل التشـخيص والإحصـائي الثالث المعدل للأمراض النفسية (DSM-III.R) الصادر عام ١٩٧٨ العجز في التفاعل الاجتماعي المظهر الرئيسي بين ثلاث مظاهر تشكل اللوحـة الإكلينيكية للتوحد (العجز الاجتماعي، اضطراب التواصل، فقدان الاهتمام والأنشطة)، من جهة أخرى فقد أصبح تعريف العجز الاجتماعي أكثر تحديداً ودقة

بحيث يجب أن يظهر علي الفرد نمطان سلوكيان علي الأقل من الأنماط الخمسة المذكورة في معايير تشخيص العجز الاجتماعي في DSM-III.R هي:-

١- عدم إدراك الآخرين والشعور بهم.
٢- عدم طلب المساعدة والعون أو القيام بذلك بشكل غير سوي.
٣- العجز عن التقليد أو التقليد غير السوي.
٤- اللعب الاجتماعي غير السوي.
٥- عجز ثابت في القدرة علي تكوين علاقات مع الأقران.

أما في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للأمراض النفسية الصادر عام ١٩٩٤(DSM-IV) وكذلك التصنيف العالمي للأمراض النفسية الصادر عام١٩٩٣ (ICD-10) فيجب أن يتضمن تشخيص العجز أو ضعف الأداء الاجتماعي في اثنين علي الأقل من المظاهر الأربعة التالية:-

١- عجز واضح في السلوك غير اللفظي الضروري للتفاعل الاجتماعي (مثل عدم المواجهة بالنظر حين التواصل بالعين).
٢- غياب العلاقات مع الأقران وفقاً لمستوى النمو الذي يمر به الطفل (حسب العمر).
٣- غياب المشاركة وبالتمتع والفرح.
٤- مشكلات في التبادلية الانفعالية - الاجتماعية.

ويذكر كوجل وآخرون Koegel, et. al, (1982) أن أهم الأعراض التي يتم على أساسها تشخيص حالات الاوتيزم هي:-

١- قصور اجتماعي يتمثل في الانسحاب الاجتماعي، الانطواء علي النفس وعدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين.
٢- قصور لغوي يتمثل في وجود اضطرابات في القدرات المعرفية Abilities perceptual and cognition، ضعف وتشتت الانتباه وعدم القدرة على فهم التعليمات اللفظية.
٣- عدم القدرة على التحكم في الحركات الدقيقة.
٤- النشاط الحركي المفرط (سهام عبدالغفار، ١٩٩٩).

وقد توصل بارون كوهين Baron Cohen من خلال تسع دراسات قام بها حول موضوع التوحد إلى وضع محكات لتشخيص مرض التوحد هي:-

١- صعوبة في التفاعل الاجتماعي.
٢- صعوبة في فهم الانفعالات.

٣- صعوبة في النمو اللغوي.
٤- تكرار الأفعال بطريقة نمطية (إسماعيل بدر، ١٩٩٧).

وأغلـــب التوحديين يظهرون علامات الإعاقة منذ الولادة، وبعض المواليد من التوحديين يكونون في السنوات الأولى طبيعيين لوقت طويل ولا يلاحظ والديهم أي شــئ غير طبيعي خلال السنتين الأولتين من حياة الطفل، والبعض الأخر قد تظهر أعراض تجعل الآباء في قلق منذ مولده فهو في حالة من القصور المزمن في النمو الذي تبدأ أعراضه خلال السنوات الثلاثة الأولى (عثمان فراج، ١٩٩٦(ع٤٥)).

كما قــدم وينج (wing, 1966) نظاما افتراضياً للأطفال التوحديين مبنياً علي أسس التفاعل الاجتماعي:

١- الأفراد الذين يتجنبون بشده التفاعل بإيجابية أي يصرون علي التجنب Aloof.
٢- الأفراد الذين يتقبلون التفاعل الاجتماعي سلبياً ولكنهم لا يبحثون عنه passive.
٣- نشط ولكن غريب (الأفراد الذين يتقبلون التفاعل ولكن يتفاعلون بشكل غريب Active but odd.

وقــد توصــلت دراســتا كارمن وآخرين (١٩٩٧، ١٩٩٨) إلى فشل الأطفال التوحديين في الحلقة الاجتماعية والفشل في المهام المتعلقة بالانتباه التواصلي، مع فقر استجابات التعاطف، مع فساد الاتصال التفاعلي مع الآخرين، وغياب التعبيرات الانفعالية وغياب الرغبة في الاتصال (Aarons. M & Geittens T, 1993).

ويقرر أباء الأطفال التوحديين والعاملين معهم أنهم يرفضون كل ما يؤدي إلى الــتكامل بينهم وبين العالم المحيط بهم، ويقيمون باستمرار الحواجز لهم، وقد لاحظ كانــر أنه ليس لدي الطفل التوحدي بين الشهر الرابع والثامن من عمره أي حركة تــدل علــى أنه يستعد كي يحمله أحد بل علي العكس فكل حركاته هدفها أن يعزل نفســه، ولديــه خلــلاً فــي التواصل، والاندماج، والتأقلم مع الآخرين ومع البيئة، واضطرابات في اللغة والأساليب المختلفة غير اللغوية (محمد الدفراوي، ١٩٩٣).

وهــناك بحــوث عديدة أشارت إلى اضطرابات اللغة علي أنها السمة الجوهرية للــتوحد فأكثر من نصف الأطفال التو حديين لا يتكلمون علي الإطلاق، وتتدرج من الغــياب الكــامــل للغــة كــأداة اتصــال إلى القواعــد اللغوية الفجة والبغبغــائية (Echolalia) وعــدم القدرة علي تسمية الأشياء واللغة الاستعمالية الخاصة وترديد ما يقوله الآخرون واستخدام الضمائر الشخصية بغرابة (Maray, John. B, 1996).

كمــا يشــير فريمان (1986) Freeman, B.j إلى أن أحد المكونات الرئيسية للقــيام بتشخيص الطفل التوحدي هو الحصول علي تاريخ تطور الطفل حتى الوقت

الحالـــي، ويشمل التاريخ التطوري للحالة Developmental History وضع الطفل ونمـــوه والمتغـــيرات التـــي طرأت عليه في هذه الفترات مع توضيح مراحل نموه المختلفة إلى الوقت الحالي، وهل تناول عقاقير معينه في الفترة السابقة أو حدثت له أي حـــوادث أو أصـــيب بـــأي مرض في أي سن ... الخ وهذا يوضح سلسلة من الأحـــداث تكشـــف وقـــت ظهـــور حالة التوحدية عليه وأي النقاط التي أثرت فيه وجوانب القوة والضعف عنده.

وقـــد حـــدد شـــارون نيورث (1999) Sharyn Neuwirth وآخرون محكات تشخيص التوحد فيما يلي:-

١- قصور محدد في العلاقات الاجتماعية.
٢- نمو أولى (عدم الوصول لمستوى النمو الطبيعي) لمهارات التواصل.
٣- سلوكيات نمطية تكرارية، اهتمامات وأنشطة محدودة.
٤- مع ضرورة ظهور هذه الأعراض قبل اكتمال العام الثالث من العمر.

كمـــا نلاحـــظ علـــى الطفل التوحدي عدم دفء العناق معه، ونقص التواصل بالعين، وعدم التمييز أو كراهية العواطف، والتلامس الجسماني ويبدو الطفل وكأنه في عالم له وحده، وكأن هناك حاجزاً بينه وبين مـــن حوله، حيث يعاني من عجز مستوى الوعي بوجود الآخرين أو بمشاعرهم (Nelson & Israel, 1991).

وقد تلاحظ أن الأطفال من ١٠ ١٢ شهراً لا يرغبون في لفت انتباه الآباء لهم أو يشركون آباءهم بالإشارة للأشياء، كما يتجنبوا النظر، بل ويبعدوا وجوههم عن والديهـــم وعدم إظهار تعاطف نحوهم، ويميل بعض التوحديين وبخاصة البنات بأن يكن لديهم ابتسامه ثابتة، فالتواصل غالباً به خلل من اللف والدوران واللغو الذي لا علاقـــة له بالموضوع (محمد حموده، ١٩٩١) مع فقدان الاستجابة العاطفية لمبادرات الآخرين اللفظية وغير اللفظية، وكذلك عدم استخدام الإشارة المصاحبة التي تساعد في التأكد أو توضيح التواصل الكلامي (أحمد عكاشة، ١٩٩٢).

وقد لخص رويارز محكات التشخيص الـــواردة في (DSM- IV) كما يلي:-

١- افتقاد الاستجابة للآخرين.
٢- قصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي.
٣- قصور واضح في النمو اللغوي.
٤- مقاومة التغيير والإصرار على الروتين.
٥- ضعف في القدرة العقلية.
٦- قصور في فهم الانفعالات.

٧- قصور شديد وملحوظ في الأنشطة والاهتمامات.
٨- عدم ظهور أعراض الريت Rett أو الإسبرجر Asperger.
٩- عدم ظهور الهلاوس والهذاءات وتفكك التفكير وهي الأعراض المميزة للفصام.
١٠- بدء ظهور أعراض التوحد قبل اكتمال العام الثالث من العمر (Roeyers, 1995).

والطفل التوحدي نظرته بعيدة كأنه ينظر للأفق، نظرة تائهة، وهناك رفض واضح للاتصال والارتباط بعلاقة مع الغير، ومحاولة الاتصال من طرف الغير لعينين الطفل كأنها تطفل عنيف على عالمه الخاص (محمد عشيش، ١٩٩٢).

والاضطرابات اللغوية من تأخر كلامي أو تكرارية كلامية وغير ذلك من الاضطرابات إنما تعبير عن رفض للتواصل، ورفض للتغيرات المستمرة (فرنسيس ما كيدا، ١٩٩٣).

وقد قدم كريك وآخرون (١٩٦١) Creak, et. al تقريرا عن زملة أعراض الشيزوفرنيا لدي الأطفالSchizophrenia Syndrome in Children وقد تضمن هذا التقرير قائمة من تسع نقاط عرفت فيما بعد باسم نقاط كريك التسع Creak s Nine Points وذلك لتستخدم في تشخيص الأطفال التوحديين وهي:

١- القصور الشديد في العلاقات الاجتماعية Severely Impaired Relationship.
٢- فقدان الإحساس بالهوية الشخصية lack of a sense of personal Identity.
٣- الانشغال المرضي بموضوعات معينة Pathological Preoccupation with particular objects.
٤- مقاومة التغير في البيئة Resistant to Change in the Environment.
٥- إدراكية غير سوية Abnormal perceptual Experience.
٦- الشعور بنوبات قلق حاد مفرط يبدو غير منطقى Acute Excessive and Seemingly Illogical Anxiety.
٧- التأخر في الكلام واللغة Speech and language Retardation.
٨- الحركات الشاذة غير العادية Unusual Movements.
٩- انخفاض في مستوى التوظيف العقلي Mental Functioning (عبدالرحمن سليمان، ٢٠٠٢).

و أخيرا سوف يعرض الباحث لأهم الطرق والوسائل المتاحة لتشخيص الاضطراب والتي ارتكز عليها غالبية العاملين في هذا المجال وذلك من خلال عرض محكات التشخيص كما وردت في كل من:-

الدليل التشخيص والإحصائي للأمراض العقلية الذي يصدره الاتحاد الأمريكي للأطباء النفسيين طبعته الثالثة DS M-III, 1980 (مع ملاحظة أن هذا الدليل لم يتضمن أي إشارة لهذا الاضطراب في طبعتيه الأولى ١٩٥٢ والثانية ١٩٦٨) وطبعته الثالثة المعدلة (DSM-III. R, 1987) والرابعة (DSM-IV 1994) وكذلك تصنيف (ICD-10) لمنظمة الصحة العالمية WHO.

أولا: محكات تشخيص التوحد كما جاءت في (DSM-III):

١- قصور في الاستجابة للمثيرات الاجتماعية، تجنب المبادأة أو التفاعل مع الآخرين وتقليد سلوكهم والشعور بوجودهم والتعرف عليهم والتمييز بينهم وتجنب النظر في عيون الآخرين وعدم القدرة على فهم ما تعبر عنه عيون الآخرين من انفعالات.
٢- قصور لغوي تام أو اضطراب غير طبيعي في الكلام مثل الترديد الآلي Echolalia، اللغة المجازية وعكس الضمائر.
٣- قلة الاهتمامات والأنشطة التي يمارسها ومقاومة التغيير والتعلق بأشياء تافهة.
٤- عدم وجود هذاءات أو هلاوس أو فقدان الترابط وعدم التفكك في التفكير كما في حالات الفصام.
٥- ظهور هذه الأعراض قبل بلوغ الطفل ثلاثين شهراً.

(American Psychiatric Association, 1980)

ومع قبول هذه المحكات من كثير من العاملين في المجال، إلا أنها تعرضت للنقد وكان أهمها إطلاق صفة الطفولة على التوحد Infantile Autism فقد ثبت وجود حالات لا يبدأ ظهور أعراضها إلا بعد ٣٠ شهراً من الولادة ولهذا ثم تعديل التسمية في الطبعة الثالثة المعدلة للدليل التشخيص Modification Infantile والإحصائي للأمراض عام (١٩٨٧) فظهر التوحد كنوع قائم بذاته مع إلغاء طفولي Infantile واعتبر إحدى إعاقات النمو المنتشرة Pervasive (P. D.D) Developmental Disorder أو الشاملة وقد احتوى هذا الدليل وصفاً تفصيلياً لمحكات تشخيص التوحد، جاءت في ثلاث مجموعات شرط أن يتوافر ثمانية أعراض من الستة عشر التي هي مجموع الأعراض التي وردت في الثلاث مجموعات، علي أن يكون اثنين علي الأقل من المجموعة (أ) واحد علي الأقل من المجموعتين (ب)، (ج) بالإضافة إلى شرط المجموعة الرابعة المتعلق ببدء ظهور الأعراض.

ثانيا: وفيما يلي عرض تفصيلياً لمحكات التشخيص كما وردت فى (DSM-III. R)

المجموعة (أ) عدم القدرة على التفاعل الاجتماعي المتبادل وتتمثل في:

١- قصور واضح في فهم مشاعر وأحاسيس الآخرين والتعامل معهم كقطع أثاث.

٢- عـدم البحث عن الراحة وقت التعب وعدم طلب المساعدة من الأخرين وقت الخطر.

٣- غياب القدرة على التقليد.

٤- عدم الرغبة في اللعب مع الآخرين وتفضيل اللعب منفرداً.

٥- عدم القدرة علي تكوين صداقات مع الرفاق وعدم اهتمام بالعلاقات الاجتماعية.

المجموعـة (ب) قصـور نوعـي في القدرة علي التواصل اللفظي وغير اللفظي والنشاط التخيلي وتتمثل في:

١- عـدم القدرة على التواصل لغوياً بالآخرين، ويظهر ذلك في الكلام غير المعبر وترديد اللغة المنطوقة.

٢- عـدم القـدرة علـى التواصـل غير اللفظي ويظهر في نظرات العين، فقدان الابتسامة، تعبيرات الوجه، الإيماءات والحملقة الثابتة في المواقف الاجتماعية.

٣- قصـور واضـح فـي النشاط التخيلي يظهر في اللعب التمثيلي لأدوار الكبار والشخصيات الخيالية وعدم الاهتمام بالروايات الخيالية.

٤- شذوذ واضح في الحصيلة اللغوية يتضح في الكم والإيقاع والأداء.

٥- شـذوذ واضـح فـي تركيـب الجمـل ومضمون التخاطب وترديد الكلمات المسموعة.

٦- شذوذ واضح في القدرة على بدء الحديث مع الآخرين أو استمراره.

المجموعة (ج) محدودية الأنشطة والميول والاهتمامات تتمثل في:

١- حركات للجسم نمطية قسرية مثل رفرفة اليدين، الدوران في حركات دائرية، ضرب الرأس.

٢- الاندمـاج فـي التعامل مع أجزاء الأشياء أو الأدوات مثل سلسلة مفاتيح، شم الأشـياء بدلاً من النظر إليها، حمل ورقة أو قطعة خيط أو شريط نيجاتيف أو زجاجة شامبو فارغة.

٣- استجابات سلوكية شديدة، والعنف تجاه أي تغيير في البيئة المحيطة مثل تغيير وضع فازه من مكان لآخر، فتحدث ثورة غضب يترتب عليها إيذاء للنفس أو الغير.

٤- إصـــرار والتزام شديد بالتفاصيل الدقيقة في الروتين اليومي من حيث المأكل، الملـبس، اللعب، الحركة والإصرار علي الأساليب المعتادة عند الخروج في جولة للشراء.

٥- نقـص ملحوظـة فـي الاهتمامات والأنشطة التي يندمج فيها مع أقرانه مثل الاهتمام بترتيب الأشياء في صفوف وعواميد مما يمنع استخدامها في نشاطات هادفة.

٦- بدء ظهور هذه الأعراض قبل اكتمال العام الثالث من العمر (Schwartz, 1992).

ثالثاً: تشخيص الاضطراب التوحدي طبقاً (DSM-IV)

مع ملاحظة أن وفقاً لهذا يتم التشخيص لاضطراب التوحد إذا توافرت علامة واحده في كل المجموعة أ، ب، ج بالإضافة إلى ستة علي الأقل من المجموع.

المجموعة (أ): خلل أو عجز كيفي في التفاعل الاجتماعي ويظهر فيما يلي:

١- عجــز واضــح في استخدام السلوك الغير لفظي المتعدد Multiple Nonverbal Beheavier مــثل الحملقة بالعين Eye- to- eye gage والتعبير الوجهي Facial Expression والوضع الجسدي Body Postures أو الإيماءات Gestures.

٢- الفشل في نمو العلاقات بصورة ملائمة لمستوى النمو.

٣- نقص البحث التلقائي عن مشاركة المتعة والاهتمام مع الآخرين.

٤- نقص المشاركة الاجتماعية والعاطفية.

المجموعة (ب) العجز الكيفي في الاتصال Communication

١- تأخــر أو نقــص كامل في تطور اللغة اللفظية مع عدم محاولة إيجاد لغة أو طريقة بديلة للإتصال مثل الإشارة.

٢- عجز واضح في القدرة على بدء الحوار مع الآخرين.

٣- استخدام متكرر للغة.

٤- الاقتصار في محاكاة الآخرين وتقليدهم بصورة تتناسب مع المستوى الارتقائي.

المجموعة (ج) الأنشطة والاهتمامات

١- الانشغال بنوع واحد أو أكثر من الاهتمامات من إعطاء تركيز مكثف.

٢- انشغال مستمر بأجزاء من الأشياء وليس ككل.

٣- سلوك نمطي متكرر.

٤- عدم المرونة وعدم القدرة عن التخلي عن الروتين.

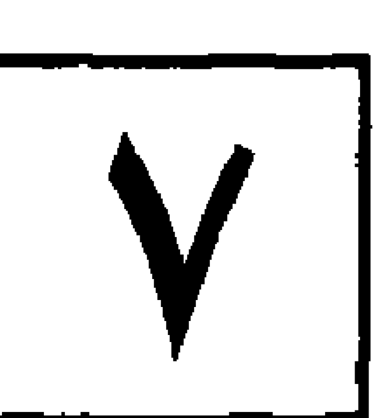
كمـا يشـير الدلـيل الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (١٩٩٤) إلى أن القصـور في النمو والارتقاء يحدث قبل سن الثالثة ويظهر القصور في واحدة على الأقل من الجوانب الثلاثة الآتية:-

١- التفاعل الاجتماعي.
٢- اللغة واستعمالها في الاتصال الاجتماعي.
٣- اللعب الرمزي أو الخيالي (DSM-IV, 1994).

رابعـاً: محطـات تشـخيص التوحد كما جاءت في الدليل الطبي العالمي لتصنيف الأمراض في طبعته العاشرة (ICD-I0) الصادر عن منظمة الصحة العالمية (١٩٩٢) WHO والتي تتمثل في الآتى:

١- قصور في التفاعل الاجتماعي المتبادل.
٢- قصور نوعي في التواصل.
٣- نماذج محدودة ومكررة ونمطية من السلوكيات والاهتمامات والأنشطة.
٤- شذوذ واضح في النمو يتضح وجوده في الثلاث سنوات الأولى من العمر (Campbell, et. al, 1991; Schwartz, 1992).

ويـرى العديـد مـن الباحثيـن أن دلـيل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبعتة الرابعة DSM-IV الصادر من الجمعـية الأمريكـية للطـب النفسـي (١٩٩٤) APA والتصنيف الدولي العاشر للأمـراض ICD-10 الصادر عن منظمة الصحة العالمية (١٩٩٢) WHO يعدان همـا المصدران الرئيسيان لتشخيص الأمراض والاضطرابات المختلفة في الوقت الراهن.



الفصل السابع

صعوبات التشخيص والتشخيص الفارق

الفصل السابع
صعوبات التشخيص والتشخيص الفارق

لمـــا كان الكشف Discover والتشخيص المبكر Early Diagnosis والمبادرة بتنفيذ برنامج التأهيل المناسب يوفر فرصاً أكثر فاعلية More Effectiveness للشفاء المســتهدف، أو تخفـيف شــدة الأعــراض، فإن التأخر في كشف وجود الإعاقة، وبالتالــي التأخــير فــي برنامج التأهيل قد يؤدى إلى تدهور أكثر وإلى زيادة شدة الأعــراض أو ظهــور أعراض أخرى مختلفة تحد كثيراً من فاعلية برامج التأهيل والتدخل العلاجى (Campbell & Cueva, 1995).

وتــرجع أهمية التشخيص الدقيق (الفارق) والمتكامل لحالات الإعاقة إلى تقديم الــرعاية المناســبة لتلك الحالات حيث يمكن من خلاله تحديد نوعية احتياجات كل حالة ووضع البرنامج المناسب لها، وهو الأمر الذي يساعد على تحقيق التكيف في المواقــف الحياتــية المخــتلفة والانخــراط مــع الآخرين في المجتمع كما يساعد التشــخيص الشامل للحالة في سن مبكرة للوصول إلى ما يمشبه البروفيل Profile لهــا وفــق اســتجابتها Response علي المقياس Scale حتى يتسنى تقديم الرعاية المتكاملة لها في هذه السن المبكرة (عادل عبدالله، ٢٠٠٢- أ).

لذلــك فــان العلماء والوالدين وأهالي الأطفال التوحديين أصبحوا الآن قلقون ومهتمون بنوع الخدمات التي يجب أن تقدم لهؤلاء الأطفال وأسرهم على الرغم من أن هناك الكثير من الإنجازات التي حققت في الولايات المتحدة وأوروبا فيما يتعلق بالقوانين laws والأنظمة التي تنادي بتقديم خدمات تربوية Educational services لهؤلاء الأطفال ولم يعد اعتبارهم غير قابلين للتعلم Educability أو إنهم يحتاجون فقــط إلـــى مؤسسات داخلية، وفي عام ١٩٧٥ عندما روجع تعريف Definition الولايــات المتحدة عن الإعاقات النمائية فإن التوحد قد ضم إلى تلك الإعاقات وفي عــام ١٩٨٠ أخرج التوحــد من تصنيف Classification الاضطرابات الانفعالية الشــديدة؛ أن هــذا التغــير قــد حــدث بسبب الخلط القديم لمعني التوحد وعلاقته بالأمــراض العقلية Psychosis (Schizophrenia) كما أن الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للأمراض العقلية Diagnostic & statistical (DSM-IV4th- Ed. APA, 1994) الصادر عن الرابطة الأمريكية لعلم النفس، قد عرف التوحد بأنه اضطراب نمائي وليس انفعالي (عبد الرحيم بخيت، ١٩٩٩).

ويـــري لورد وروتر أن اضطراب التوحد وقد أصبح في الوقت الحالي يمثل أكـــثر الاضطرابات شيوعاً في المجالين البحثي Searching والإكلينيكي Clinical واتضح من خلالها أن الأطفال التوحديين يظهرون أوجه قصور شديدة في التفاعل الاجتماعـــي وإقامـــة علاقـــة مع الآخرين (lord & Rutter, 1994) وتعمل أوجه القصور هذه علي جعل هؤلاء الأطفال يمثلون فئة تتميز عن غيرها من فئات ذوى الاحتياجات الخاصة وإن تشابهت مع غيرها من الفئات وخاصة المعاقين عقلياً في كثـــير من السمات أو أوجه القصور ولكن يظل الفرق بينهما هو الفرق في الدرجة وليس فقط في هذه السمات بل في سمات أخرى عديدة الأمر الذي جعل من اليسير كنتيجة Result لما توصلت إليه العديد من الدراسات أن نصل إلى بروفيل Profile خـــاص بكل منهما يمكن معه تحديد أوجه الشبه والاختلاف بينهما حتى نتمكن من تقديم البرامج المناسبـــة لكـــل منـــهما (عادل عبدالله، ٢٠٠٢ ب).

وإذا كانـــت دول أوروبا وأمريكا قد كرست كل هذه الجهود Efforts لمواجهة هـــذا الاضطراب Disorder فأين نحن من ذلك ؟! ففي الوقت الذي تبذل هناك كل تلـــك الجهود لا تزال العيادة النفسية في مصر تعاني من قصور واضح في أساليب تشـــخيص هذه الاضطراب مما يترتب عليه تشخيص خاطئ لمثل تلك الحالات يتم علـــي آثـــرها إلحـــاقهم بمدارس التربية الفكرية على الرغم من وجود فرق كبير بيـــن التوحـــد Autism والتخلـــف العقلـــي Mental Retardation، ومع أن هذا اضـــطراب وذلـــك اضطراب آخر يختلف عنه تماماً وعلى الرغم مما أسفرت عنه دراســـات عديـــدة وما يذهب إليه العديد من الباحثين في هذا المجال من أن حوالي ٧٥% مـــن الأطفال التوحديين يقع ذكاؤهم في حدود التخلف العقلي، وتكون النتيجة أنهـــم لا يستجيبون لما يقدم لهم من برامج لأنها في واقع الأمر غير معدة لهم وإلى جانـــب ذلـــك فقـــد كانـــت نتيجة هذا التشخيص الخاطئ أن أهملنا تلك الفئة تقريباً فأصـــبحت وكأنهـــا غـــير موجـــودة وكان من أثار ذلك عدة أمور تتمثل في عدم وجود مدارس خاصة بهؤلاء الأطفال أو جمعيات تهتم بشؤونهم وأسرهم أو مراكز تقدم لهم الخدمات المختلفة أو تعمل على تقديم تلك الخدمات لأسرهم (عادل عبدالله، ٢٠٠٢ أ).

وقـــد يرجع ذلك إلى صعوبة تشخيص هذه الفئة نظراً لتشابهها مع فئات عديدة، وعـــدم ظهـــور تشخيص مستقل لها إلا في الطبعة الثالثة المعدلة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية DSM-III.R التي أصـــدرته الجمعـــية الأمريكية للطب النفسي (١٩٨٧) ثم في الطبعة الرابعة من ذات

الدليل DSM-IV التي صدرت عام ١٩٩٤ هذا إلى جانب أن السبب الرئيسي لهذا الاضطراب لا يزال غير معروف على وجه التحديد للآن، كذلك فلا يزال التشخيص يقوم به إما أطباء الأطفال، أو الأخصائيين النفسية المدربين، أو أطباء نفس الأطفال أو أطباء الأعصاب، وإن كان درومان وليفيفر (١٩٩٩) Dorman & leftover يريان أنه ليست هناك فحوص طبية معينه لتشخيص هذا الاضطراب لأنه ليس مرضاً معدياً بالمعنى المتعارف عليه، ولكن تشخيصه الدقيق يعتمد على ملاحظة تواصل هؤلاء الأفراد وسلوكهم ومستوياتهم النمائية (عادل عبدالله، ٢٠٠٢- ب).

ويعتبر تشخيص إعاقة التوحد وغيرها من اضطرابات النمو الشاملة من أكثر العمليات صعوبة وتعقيداً، ويتطلب تعاون فريق من الأطباء والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين وأخصائي التخاطب والتحاليل الطبية وغيرهم، وترجع تلك الصعوبات إلى عوامل متعددة نستعرض فيما يلي بعضها:-

١- التوحد إعاقة سلوكية Behavioral Impairment تحدث في مرحلة النمو فتصيب الغالبية العظمى من محاور النمو اللغوي linguistic والمعرفي Cognition والاجتماعي Social والانفعالي العاطفي Emotional وبالتالي تعوق عمليات التواصل والتخاطب والتعلم، أو باختصار تصيب عمليات تكوين الشخصية في الصميم، فتتعذر أو تستحيل عمليات التعامل مع الطفل لتشخيص حالته والقياس والتقييم وغيرها.

٢- تتعدد وتتنوع أعراض Multi Symptoms التوحد فتختلف من فرد إلى أخر ومن النادر أن نجد طفلين متشابهين تماماً في الأعراض، ويرجع هذا التعدد والاختلاف في الأعراض من طفل إلى آخر إلى تعدد وتنوع العوامل المسببة لإعاقة التوحد، سواء منها العوامل الجينية الوراثية Genetic أو العوامل العصبية والبيولوجية والكيميائية البيئية المختلفة.

٣- إن أكثر العوامل المسببة للتوحد واضطرابات النمو الشاملة الأخرى، تحدث في المخ والجهاز العصبي الذي يسيطر على الوظائف الجسمية والعقلية والنفسية والسلوكية كافة للإنسان، وحيث تصيب المراكز العصبية المنتشرة على لحاء(قشرة) المخ، والتي تتحكم في تلك الوظائف كافة، والمخ بصفة خاصة والجهاز العصبي بصفة عامة من أكثر أجهزة الجسم تعقيداً، وما يترتب على ذلك من تعدد صور الخلل الوظيفي ونتائجه السلوكية، وبالتالي تعدد واختلاف أو تشابه الأمراض المترتبة عليها ونوعية الإعاقات التي تسببها.

٤- كذلـك تعدد أنواع الإصابات Multi Damage التي تؤثر على المخ والجهاز العصـبي فقـد تحدث الإصابة نتيجة تلوث كيميائي (مثل الرصاص والمعادن الثقـيلة) أو الـتلوث Pollutant الإشـعاعي الطبيعي أو الصناعي أو نتيجة للتدخيـن أو إدمـان المخدرات أو الكحوليات أو المبيدات الحشرية، أو نتيجة الإصـابة بالأمـراض البكتيرية أو الفيروسية كالحصبة الألمانية أو الأمراض التناسـلية أو الحمي الشوكية أو نتيجة التهاب الغدد الصماء (الغدة الدرقية) أو التصـلب الدرنـي أو سرطان المخ أو الدم وغير ذلك من عشرات الأمراض المسـببة لإصـابة المـخ أثناء فترة الحمل أو بعد الولادة وبالتالي تتعدد وتتـنوع أشـكال الخلل الوظيفي والسلوكي المترتبة على الإصابة، فقد تؤدي الإصابة إلى تلف جزء معين من المخ Partial Brain وبالتالي ظهور أعراض الـتوحد كلهـا أو جـزء منها كما تؤدي إصابة جزء آخر من المخ إلى ظهور مجموعـة أخرى من الأعراض تشخص أنها إعاقة Asperger أو ريت Retts أو إعاقة تخاطب أو تعلم learning Disability أو تخلف عقلي أو غير ذلك من الإعاقات التي تتشابه مع أعراض التوحد.

٥- قـد يحدث الخلل أو الإصابة بطريق غير مباشر لمخ الجنين نتيجة حدوث العامل المسـبب قـبل عملية الإخصاب لبويضة الأم التي تكون موجودة بمبيضها طوال مرحلة الطفولة بسبب عامل إشعاعي أو تلوث بيئي كيميائي أو غير ذلك.

٦- قـد يصاحب إعاقة التوحد إعاقة أو أكثر من الإعاقات الذهنية كالتخلف العقلي (الشـديد أوالمتوسـط أو البسيط) أو الصرع أو الاسبرجرأو الريت أو فصام الطفولة أو إحدى إعاقات التعلم كالنشاط الحركي الزائد أو قصور القدرة علي الانتباه والتركيز أو الدسلكيا أو الأفيزيا أو غيرها، فتتشابك وتتعدد الأعراض وتصـبح عملية التشخيص أكثر صعوبة وتعقيداً، خاصة وإن بعض أعراض تلك الإعاقات تتشابه مع بعض أعراض التوحد.

٧- بالإضافة إلى كل تلك الصعوبات كلها، فإنه لا يوجد حتى الآن من الاختبارات والمقايـيس السيكولوجية المقننة، وخاصة في العالم العربي ما يمكن استخدامه للكشـف عن إعاقة التوحد ... حتى اختبارات الذكاء المعروفة من الصعب إن لـم يكـن مـن المستحيل أحيانا تطبيقها علي حالات التوحد، بسبب ما تسببه الإعاقـة من قصور لغوي، وعجز عن الاتصال والتواصل، أو نشاط حركي زائد، أو عدم توفر القدرة على الانتباه والتركيز أو غير ذلك من العوامل التي تعرقل عمليات القياس والتشخيص (Schopler, et.al, 1980).

التشخيص الفارق :

بالـــرغم من تحديد محكات دقيقة لتشخيص التوحد، وتحديد السمات أو العلامات المميــزة للـــنمو المبكر لهؤلاء الأطفال، إلا أن صعوبة الوصول إلى تشخيص دقيق لحالة التوحد ما زالت موجودة بالفعل، ويري كثير من العلماء مثل:- (O Gorman, 1973 ; Marchion 1981; Hoberge, et .al, Gillberg,1990; Compbell, et al, 1991; Barthelemy, et. al, 1992 ; Bailey, et. al, 1993) أن السبب الرئيسي في ذلك هو التشابه بين بعض أعراض التوحد وأعراض إعاقات أخري عديدة وللوصول إلـــى تشخيص دقيق يجب البحث .عن ماهية هذه الإعاقات المصاحبة للتوحد وإيضاح الفـــروق الجوهـــرية التـــي تمـــيز إعاقة التوحد عن غيرها من الإعاقات فيما يسمي بالتشخيص الفارق (سهام عبدالغفار، ١٩٩٩).

و لذلك فانه ينبغي لسلامة التشخيص أن نفرق بين التوحد وهذه الاضطرابات الأخرى مثل:-

١- اضـــطراب طيف التوحد Pervasive Development Disorder Spectrum ويشمل كل من:

أ - اضطراب أو زملة أسبرجر Asperger s Disorder.

ب- اضطراب نمائي غير محدد في مكان أخر.

Pervasive Developmental Disorder Not other wise Specified.

ج- اضطراب أو زمله ريت Rett s Disorder.

د - اضطراب الطفولة التفككي أو التفسخي Childhood Disintegrative.

٢- الفصام Schizophrenia.

٣- التخلف العقلي Mental Retardation.

٤- اضطراب الحركة المنمط Stereotyped Movement Disorder.

٥- اضطرابات التواصل Communication Disorder وتشمل كل من:

أ - الإعاقة السمعية Auditory impediment.

ب- إعاقات التخاطب Specific Developmental Disorder.

ج- اضطرابات اللغة التعبيرية Expressive Language Disorder.

د - اضطراب اللغة المختلطة (الاستقبالية التعبيرية).

Receptive- Expressive Language Mixed Disorder

هـ- الصمت الاختيارى Selective Mutism.

التوحد والتخلف العقلي Autism and Mental Retardation

إن الخلــط بيــن أعراض إعاقة التوحد ومظاهر الإعاقة العقلية يرجع إلى أنه كثــيراً ما يصاحب حالات التوحد الإصابة بالتخلف العقلي، كما تتشابه وتختلط هذه الأعراض وخاصة إذا كان العمر العقلي اقل من ٢٠ شهرًا (Gillberg, 1990).

وذلــك ناتج إما عن وراثة Genetic خللا كروموزومي أو أحد أمراض التمثيل الغذائي Metabolic، وإما إلى اختلاف في دم الأم من حيث RH (سالب أو موجب) وإمــا أن يكون ناتجاً عن خلل في إفراز الغدة الدرقية، وإما يكون ناتجا عن تلف في خلايــا قشرة المخ بسبب عوامل بيئية حدثت قبل أو بعد الإخصاب أو أثناء الحمل أو الــولادة، أو نتــيجة الإصــابة بعد الولادة بسبب حادث أو أحد الأمراض الفيروسية (كحالة الالتهاب السحائي، الحمي الشوكية)، والمعروف أن حوالي ٤٠% من حالات الــتوحد تكون مصحوبة بتخلف عقلي أقل من (٥٠-٥٥) أي تخلف متوسط أو شديد Moderate or Severe بيــنما ٣٠% منها تكون مصاحبة بتخلف عقلي بسيط Mild بيــن (٥٥-٧٠)، تلــك المصاحبة أو تلازم الإعاقتين في طفل واحد، يشكل صعوبة كبــيرة في التشخيص كما يشكل عبئاً ثقيلاً علي تكيف الطفل وعلى أسرته ومجتمعه وعلــى عمليات التأهيل والتدخل العلاجي، وإذا وجدت الإعاقتان في فرد واحد، لا بد من تشخيصهما كأساس لبرنامج الرعاية والتأهيل والتنبؤ بمستقبل الطفل Prognosis كمــا لــو حظ أنه كلما قل ذكاء الطفل زادت احتمالات أصابته بالتوحد أو على الأقل احتمال ظهور بعض أعراض التوحد مصاحبة لأعراض التخلف العقلي، وخاصة إذا كــان العمــر العقلــي للطفــل اقــل من سنتين (أو حتى ٢٠ شهر) فتظهر بوضوح صــعوبات الكــلام Speech Disability والتواصــل Communication والتخاطب والحــركات النمطية المتكررة، وهي من أعراض التوحد، ومن هنا يحدث الخطأ في التشــخيص وتحديــد ما إذا كانت الحالة تخلفاً عقلياً أو توحدا أو كليهما معاً، وهو ما يمكن حدوثه بنسبة ٧٠% كما أسلفنا مسبقا (عثمان فراج، ٢٠٠٢).

وفي مثل هذه الحالات المزدوجة من الإعاقة فإن المشكلة التي تحد من إمكان الوصــول إلى تشخيص دقيق للحالة، هو تعذر أو استحالة تطبيق اختبارات الذكاء علــي الطفــل الذي يعاني من توحد فقط، أو تخلف عقلي شديد فقط، أو يعاني من الإعاقتيــن معاً، حيث تصبح عملية القياس الموضوعي شبه مستحيلة (National Center for Autism,1986).

ومن اليسير أن نلاحظ فيما يتعلق بهاتين الفئتين أنهما تتشابهان معا في العديد من السمات وإن كانتا تختلفان في سمات أخري يمكن من خلالها التمييز بينهما.

فقد يتشابه التوحد مع التخلف العقلي في الأعراض والسمات التالية:

١- تكرار السلوكيات النمطية والقهرية.
٢- صعوبات في الكلام والتخاطب (Marchionne, 1982).
٣- الأداء الوظيفي المستقل وهو الأمر الذي يتعلق بالاستقلالية في الأداء، حيث من المعروف أن هناك قصوراً في هذا الجانب تتسم به الفئتان معاً.
٤- أداء الأدوار الأسرية والأعمال المنزلية، وهو ما يرتبط بالأداء الوظيفي المستقل، ونظراً لوجود قصور في استقلالية الأداء بالنسبة للفئتين معا فإن هناك قصورا مماثلاً في هذا الجانب أيضا.
٥- النشاط المهني الاقتصادي وهو ما يرتبط أيضا بالعنصرين السابقين كما أن القصور في كل منهما ينعكس عليه هو الأخر والواقع يشهد أن مثل هذا القصور يوجد لدي أعضاء كلتا الفئتين معا.
٦- تتسم كلتا الفئتان بنقص أو قصور واضح في انتباههم للمواقف والمثيرات المختلفة وإن كان الأمر بالنسبة للأطفال التوحديين يزداد بعض الشيء عن أقرانهم المتخلفين عقلياً.
٧- وجود قصور في قدرة الأطفال التوحديين على القيام باللعب التظاهري أو الإدعائي إلى جانب قصور واضح في قدرتهم على اللعب الرمزي، وهو الأمر الذي يمثل جانبا من جوانب القصور لدي الطفل المتخلف عقليا أيضا.
٨- وجود قصور من جانب كلتا الفئتين في فهم وإدراك الحالات العقلية لهم ولغيرهم من الأفراد الآخرين وقد يتمثل هذا القصور في عدم قدرتهم على فهم ما يلي: الاعتقادات، النوايا، الانفعالات، البيئة الاجتماعية المحيطة (عادل عبد الله، ٢٠٠٤- ب).

أما فيما يتعلق بالفروق بين التوحد والتخلف العقلي فهي كثيرة، نوضحها فيما يلي:-

فقد توصل عادل عبد الله (٢٠٠٢ أ) من خلال سلسلة من الدراسات التشخيصية الفارقة التي قام من خلالها بالمقارنة Comparison بين الأطفال التوحديين وبين أقرانهم المتخلفين عقليا وقد كشفت هذه الدراسات التي تم إجراؤها في هذا الإطار للوصول إلى بروفيل عام يميزهم، أو بالأحرى يميز كل فئة منهم وتتمثل الخطوط العريضة أو المعالم الرئيسية لمثل هذا البروفيل فيما يلي:

١- يتفوق الأطفال المتخلفون عقليا على أقرانهم التوحديين في مستوى النمو اللغوي عامة وذلك من الناحيتين الكمية والكيفية، حيث تتضح تلك الفروق في

كم المفردات اللغوية وكم وكيف التراكيب اللغوية والاستخدام اللغوي والمشكلات اللغوية، أو حتى الاضطرابات اللغوية

٢- يتفوق الأطفال المتخلفون عقليا علي أقرانهم التو حديين في مهارات الأداء Performances Kills أو التطبيع الاجتماعي Socialization بشكل عام وذلك كما يعكسه أداؤهم الوظيفي الاجتماعي، وما يضمه ويتضمنه من مهارات اجتماعية واهنة أو واهية يغلفها القصور من جانب الأطفال التوحديين في التواصل بشكل يفوق ما يوجد بالنسبة لأقرانهم المتخلفون عقليا، سواء تعلق ذلك بمهارات التواصل التعبيرى أو حتى مهارات التواصل الاستقبالي.

٣- يتفوق الأطفال المتخلفون عقليا على أقرانهم التوحديين في الدرجة الكلية للسلوك التكيفي Adaptive Behavior ولا يخفي علينا أن القصور الدال في السلوك التكيفي وما يرتبط به من مهارات يعد من الشروط الأساسية لكلتا الإعاقتين معا، إلا أن هذا القصور يزداد Increase بدرجة دالة Significance في حالة الأطفال التوحديين قياسا بأقرانهم المتخلفين عقليا، أو حتى من أي فئة أخرى من تلك الفئات التي تتضمنها الإعاقة العقلية، حيث ترتبط تلك الإعاقة في أساسها بقصور في السلوك التكيفي عامة وما يتعلق به من مهارات مختلفة.

٤- الأطفال التوحديين أقل تفاعلا مع الآخرين قياسا بأقرانهم المتخلفين عقليا وهو الأمر الذي يرتبط بالدرجة الأولى بمستوى مهاراتهم الاجتماعية اللفظي منها وغير اللفظي، ويرتبط من ناحية أخرى بمستوى نموهم الاجتماعي.

٥- الأطفال التوحديين يعدون أكثر انسحابا من أقرانهم المتخلفين عقليا وذلك في المواقف والتفاعلات الاجتماعية عامة، وهو أمر يرتبط في المقام الأول بعدد من المتغيرات ذات الصلة في هذا الصدد من أهمها:-

أ - تدني مستوى نموهم الاجتماعي.

ب- قصور في مهاراتهم الاجتماعية.

ج- لا مبالاتهم الاجتماعية.

د - قصور اهتماماتهم الاجتماعية.

هـ- قصور في التواصل.

وعلى ذلك يصبح من المنطقي أن يتحرك الطفل بعيدا عن الآخرين فيتجنبهم، ويعيش في عالمه الخاص، أو الخيالي وهو الأمر الذي دفع الكثيرين إلى إطلاق مصطلح الطفل الذاتوي عليه.

٦- يتفوق الأطفال المتخلفون عقليا على أقرانهم التوحديين في المهارات الاجتماعية بما لديهم من عناصر ومتغيرات عديدة منها ما يلي:
أ - وعي اجتماعي نسبي.
ب- قدرة نسبية على التعلق بالآخرين.
ج- قدرة على استخدام ما لديهم من مفردات لغوية وتراكيب لغوية تفوق أقرانهم التوحديين في سياقات اجتماعية متعددة.

٧- الأطفال التوحديين أقل عدوانية من أقرانهم المتخلفين عقليا سواء تضمن ذلك العدوان على الذات Self أو الغير أو الممتلكات، سواء كان ذلك العدوان ماديا أو لفظيا، حيث يقل العدوان اللفظي بينهم بدرجة كبيرة، بل أنه يكاد ينعدم نظرا لافتقارهم الصارخ إلى المفردات والتراكيب اللغوية المختلفة، ومن المعروف أن هذه العدوانية Aggression قد ترتفع في مستواها لديهم بعض الشيء وذلك عندما تتم مضايقتهم، ومع ذلك يظل مستوى عدوانهم أقل من أقرانهم المتخلفين عقليا.

٨- يتسم الأطفال التوحديين بدرجة من النشاط الزائد Hyperactive تفوق مستوى أقرانهم المتخلفين عقليا، حيث هناك العديد من السلوكيات المرتبطة باضطرابهم هذا كالدوران المستمر، والرفرفة بالذراعين، والحركة المستمرة في المكان وغيرها والتي تكشف قدر اكبر من النشاط الحركي الزائد والاندفاعية.

٩- إن اضطراب طيف التوحد Autism Spectrum يضم عدة أنماط Patterns من الاضطرابات المرتبطة من بينها زملة أو متلازمة اسبر جر Asperger s Syndrome وأن هذه المتلازمة نادرا جدا ما تصيب طفلا يقل مستوى ذكائه عن المتوسط، بل إنها عادة ما تصيب الأطفال من ذوي الذكاء المرتفع، وحتى المرتفع جدا ومن ثم فإننا عادة ما نجد أطفالا موهوبين من بين هؤلاء الأطفال في حين لا يوجد أطفال موهوبين بين المتخلفين عقليا.

١٠- حدوث أنماط سلوكية واهتمامات نمطية Stereotyped Behavior ومقيدة وتكرارية وذلك من جانب الأطفال التوحديين دون أقرانهم المتخلفين عقليا، على الرغم من أن اهتمامات الأطفال المتخلفين عقليا تكون مقيدة أيضا، وقاصرة في الغالب كما قد تكون نمطية في بعض الأحيان، إلا أن التمسك الصارم بالروتين يميز بين الفئتين بشكل جلي حيث يعد أساسيا بالنسبة للأطفال التوحديين دون أقرانهم من المتخلفين عقليا (عادل عبد الله، ٢٠٠٤- ب).

١١- يتمتع التوحدي بمهارة عالية Higher skills في القدرات الحركية الدقيقة Fine Motions بعكس المتخلف عقليا فيعاني من قصور في هذه المهارات (Coheen, Donnellan, 1985).

١٢- المتخلف عقليا لديه اضطراب واضح في الذاكرة، إذا لا يستطيع تخزين المعلومات التي يحتاجها في مواقف تالية، بينما التوحدي يتمتع بذاكرة آلية جيدة للمكان والزمان ولكن لديه اضطراب Disorder واضح في الإدراك Perception فيستجيب لمنبهات Stimulus بعينها ولا يستجيب لمنبهات أخرى (Dianne, 1992).

١٣- التخلف العقلي قد يكون بسيط Mild أو متوسط Moderate أو شديد Severe وتتراوح نسبة الذكاء IQ في المستويات الثلاثة بين (٥١-٧٠)، (٣٦-٧١)، (٢٠-٣٥) بالترتيب وقد تقل نسبة الذكاء عن(٢٠) فيكون صاحبها شديد التخلف بدرجة كبيرة profound (كمال مرسي، ١٩٩٦).

أما نسبه الذكاء في اضطراب التوحد فهي كالتالي:

٤٠% تقل نسبة ذكائهم عن (٥٠)، ٣٠% نسبه ذكائهم تصل إلى (٧٠) أو أكثر، أما الثلث الباقي فتصل نسبة ذكاؤهم إلى مستوى ذكاء العاديين وأحيانا تصل لدي البعض منهم إلى مستوى العباقرة (الأطفال الاسبرجر فقط) (Watson, 1973).

وعليه فإن الأطفال التوحديين يظهرون تباينا واضحا في الأداء المعرفي ويتراوح أدائهم بين فوق المتوسط في تصميم المكعبات وتجميع الأشياء من اختبار وكسلر، وبين الضعيف في اختبار المفردات والتفكير المنطقي والتجريدي، أما في الأجزاء التي تتطلب تعاملا بالذاكرة المباشرة أو الأداء البصري المكاني فإن أدائهم يكون جيداً (Shah, Frith, 1993).

وهناك العديد من الدراسات في هذا المجال كدراسات ستون وآخرين (١٩٩٩) Stone, et. al وولف- سكاين (١٩٩٨) wolf - Schein وفان مثيرو وآخرين (١٩٩٧) Van Meter, et. al وروبل (١٩٩٧) Ruble كاربنترى ومورجان (١٩٩٦) Carpentieri & Morgan وسكاتز غادة حمدان - آلان (١٩٩٥) Schatz & Hamden - Allen ,G حيث أكدت جميعا على تفوق الأطفال المعاقين عقليا على أقرانهم التوحديين في مجال التواصل والتنشئة الاجتماعية أو مهارات الحياة اليومية Daily Living Skills، في حين كشفت دراسة لوفلاند وكيلي (١٩٩١) Loveland & Kelly تفوق الأطفال المعاقين عقليا في مهارات التواصل فقط، وأثبتت دراسة رودريج وآخرين (١٩٩١) Rodrigue, et. al تفوقهم في مهارات الأداء الاجتماعي

فقــط، أما مهارات السلوك التكيفي الأخرى فقد كشفت نتائج تلك الدراسات عن عدم وجود فروق داله بين هاتين الفئتين فيها.

كمــا تشــير زينــب شقير(٢٠٠٤) للعديد من الدراسات التي أجريت للمقارنة والتشــخيص الفارق بين التوحد والتخلف العقلي لإيضاح أوجه التشابه والاختلاف بيــنهما، أمثال دراسات: Flusberg (1992); Hobson (1986); Brathelelemy, perge et.al (1992); Kanner, Kurita, et.al (1992) ;Baber (1996); As وحلواني (١٤١٦هــ) وعمر بن الخطاب (١٩٩١) وأسفرت النتائج عن الآتي:

١- الانســحاب الاجتماعي Social withdrawal: حيث يميل التوحدي للانسحاب والعزلة Alienation الاجتماعية بينما المعاق عقليا يمكنه الانتماء للآخرين.
٢- ضعف الانتباه والذاكرة Attention Deficit: يعاني التوحدي من الاضطرابات الحادة في الذاكرة، والقدرة على الانتباه مقارنة بالعاق عقليا.
٣- التعبــير اللفظــي وغــير اللفظــي: يمكــن أن تكون اللغة غير موجودة لدي التوحدي، وإن وجدت فأنها تكون غير عادية، وأوضحت دراسة Anderson & Flusberg انخفاض مستوى اللغة والكلمات المرتبطة لدي التوحدي.
٤- القــدرة علــي التقلــيد والمحاكاة: يعجز التوحدي عن التقليد والمحاكاة بينما يستطيع المعاق عقليا القيام بذلك.
٥- الاســتجابة الذهانية: لدي التوحدي بعض مظاهر الاضطراب الذهني بينما لا توجد لدي المعاق عقليا.
٦- العمليات الادراكية Perceptual Process: حيث يعاني التوحدي من اضطراب إدراكــي أكــثر مــن المتخلف عقليا ويعطي استجابات شاذة لمنبهات بعينها، وخاصة في مهام الإدراك البصري والحركي.
٧- المظاهــر الســلوكية: يــبدي التوحدي مظاهر سلوكية نمطية تشمل حركات الذراع واليدين تختلف عن المهارات السلوكية التي يظهرها المعاق عقليا.

ويســتعرض عــثمان فــراج (٢٠٠٢) لــبعض المؤشرات التي تسهل عملية التشــخيص الفارقــي والتمييز بين اضطراب التوحد وإعاقة التخلف العقلي والتي أمكــنه تســجيلها من تجارب الملاحظة الموضوعية المقننة لأفراد الإعاقتين وهي كالتالي:-

١- يتمــيز طفل التخلف بنزعته إلى التقرب والارتباط بوالديه، والتواصل معهما ومــع الكبار وغيره من الأطفال الأقران، وهي سمة اجتماعية غائبة تماما في حالة طفل التوحد.

٢- طفل التخلف العقلي لا يعاني من مشكله رجع الصدى Echolalia التي يعاني منها طفل التوحد الذي يعيد نطق أخر كلمة أو كلمتين من أي سؤال أو كلام يوجه إليه.
٣- طفل التخلف العقلي لا يستثيره التغيير في عاداته اليومية سواء كان في ملبسه ومأكله أو لعبه أو أثاث غرفته ولا يندفع في ثورات غضب (مثل طرق رأسه في الحائط وإيذاء ذاته أو الآخرين كما يحدث للطفل الذي يعاني من التوحد.
٤- طفل التخلف العقلي لا يعاني من قصور في استعمال الضمائر كما يفعل طفل التوحد الذي يخلط بين أنا وأنت فيستعمل كلا منهما مكان الأخرى وكذلك بالنسبة إلى غيرها من الضمائر.
٥- طفل التخلف العقلي أسهل مراسا في التعامل معه وتدريبه وفي تنفيذ برامج التأهيل من طفل التوحد الذي يحتاج إلى جهودا Efforts فائقة وصبر وجلد في التعامل معه أو تدريبه.
٦- طفل التوحد غالبا نموه اللغوي متوقف أو محدود للغاية، وحتى إذا وجدت لديه حصيلة قليلة من المفردات فمن النادر أن يستخدمها في التواصل ومن هنا يأتي قصور قدرات التعبير اللغوي أو استقباله، وإذا حدث وتكلم فإن كلامه يكون مضطربا وخاليا من النغمات الصوتية التعبيرية التي تضفي على الكلمات معاني إضافية بعكس طفل التخلف العقلي.
٧- طفل التوحد لهذه الأسباب ليس لديه القدرة ولا الدافعية للتعليم والتخاطب ولهذا يعاني من توقف النمو الاجتماعي والقدرة على التعامل مع الآخرين بعكس طفل التخلف العقلي.
٨- طفل التوحد يتجنب التواصل البصري بالتقاء العيون Eyes Contact بين المحادثين وهي سمة نادرا ما تحدث مع طفل التخلف العقلي.
٩- في الحالات القليلة التي يمكن تطبيق اختبار ذكاء فردي (مثل WISC) نجد أن هناك تفاوتاً كبيراً بين مستوى الذكاء اللفظي (الذي يكون أكثر انخفاضا) ومستوى الذكاء غير اللفظي (الذي غالبا ما يكون أكثر ارتفاعاً) لدي أطفال التوحد، بينما مستوى الذكاء اللفظي وغير اللفظي يكاد يكون متساويا لدى أطفال التخلف العقلي
١٠- طفل التوحد قد يبدأ فجأة في نوبات ضحك أو بكاء أو صراخ يستمر طويلاً بدون سبب ظاهر، بينما لا يحدث هذا في حالة التخلف العقلي.

١١- طفل التوحد يعيش في عالمه المغلق وكأن حواسه وجهازه العصبي المركزي قد توقف عن العمل وعن الاهتمام بما حوله، فهو لا يبالي بمن حوله لدرجة أن علاقته بأمه ليست أكثر من علاقته بأي شئ في بيئته حتى لو كان كرسياً أو لعبة أو ملعقة.

١٢- التوحد من حيث انتشاره أقل بمراحل من التخلف العقلي فنسبة حدوثه ٢-٣: ١٠٠٠٠ (تؤكد الإحصاءات الحديثة أن نسبة انتشاره قد بلغت ١: ٢٥٠) بينما التخلف العقلي ينتشر بنسبة ٣% من المجتمع أو أكثر.

١٣- التوحد إعاقة يولد بها الطفل، وتظهر أعراضها مبكراً في حدود زمنية أقصاها ٣٠ شهراً، أما التخلف العقلي فقد يولد به أو يحدث بعد الولادة نتيجة حادث يؤدي إلى تلف في المخ أو إصابة بمرض معد (كالالتهاب السحائي أو الحمي الشوكية) أو نتيجة لتلوث بيئي (مثل الرصاص أو الزئبق).

١٤- طفل التوحد غالبا ما يحتاج إلى الرعاية مدي الحياة تقريبا، أما الطفل المتخلف عقليا (المتوسط أو البسيط Mild or Moderate) فإنه قد يحقق استقلالا ذاتيا Self Independent بمساعدة برامج التأهيل ويعتمد على ذاته ويحميها من الأخطار ويعمل في حرفة مناسبة.

١٥- طفل التوحد لا يفهم المظاهر الانفعالية أو العاطفية كما أن لديه قصورا وغياب القدرة عن التعبير عنها.

١٦- طفل التوحد لا يرحب (بل يرفض) حمل أمه له واحتضانه أو تقبيله، بعكس طفل التخلف العقلي.

١٧- عجزه عن التواصل لا يقتصر علي التواصل اللغوى linguistic Communication بل يمتد أيضا ليشمل التواصل غير اللغوي، بالعيون - بتعابير الوجه - بحركة الأيدي، والحركات البدنية وتنغيم نطق الكلمات Auxiliary language بينما لا يحدث ذلك في حاله التخلف العقلي (إلا في الحالات التي تعاني من تخلف عقلي شديد) ويرى عثمان فراج أن تلك كانت بعض المؤشرات التي أمكن استنتاجها من الاعتماد علي الملاحظة الموضوعية الدقيقة التي يمكن أن تساعد استخدام معايير DSM-IV في تشخيص حالات التوحد والتمييز بينها وبين حالات التخلف العقلي ولكن لا يمكن الاعتماد عليها وحدها كلية، فللوصول إلي تشخيص دقيق لا بد من استخدام أكبر قدر ممكن من الوسائل والأدوات والتحاليل الطبية المساندة

الضـــرورية للتشـــخيص الفارقـــي لحـــالات الـــتوحد مثل: التحاليل المعملية الكيميائية، الفحوص الطبية، الفحوص الوراثية.

التوحد والفصام Autism & Schizophrenia

يشـــير كامبل وآخرون بأن التوحد يعتبر حالة من فصام الطفولة Childhood Schizophrenia وقد نوقشت هذه العلاقة Relation ship في دراسات عديدة منها : (Bender, 1947;Kanner, 1943 - 1973; Rimland, 1964; O Gorman, 1970; Wing, 1976; Rutter, 1978; Goldstein, et al, 1986) حيـــث كانـــت الدراسات الأولـــية تعتبر التوحد عرض أولى لفصام الطفولة، ومع تشابه الكثير من أعراضها، حدث الخلط بينهما (Compbell, et. al, 1991).

وقـــد ظـــل الخلـــط في تشخيص هؤلاء الأطفال، حيث ظهرت هذه الفئة في الطـــبعة الأولـــى مـــن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (الذي تصـــدره الجمعية الأمريكية للطب النفسي) DSM-I الذي صدر عام ١٩٥٢ تحت اسم استجابات فصامية من النوع الطفلي، وقد استمر الخلط بين التوحد والفصام في هذه الفترة حتى أن الطبعة الثانية من الدليل التشخيصي والإحصائي DSM-II التي صـــدرت عـــام ١٩٦٨ أدرجت الأعراض الاجترارية تحت فئة: فصام نوع طفلي وكان تصنيف ذهان الطفولة فئة تشخيصة شائعة في ذلك الوقت وكانت تشير أساسا إلـــى مجموعة الأعراض الفصامية عندما تظهر عند الأطفال، وقد تجسد الخلط بين التوحد والفصام في بروز الرأي الذي تمسك به الكثير من العلماء والمعالجين وهو أن التوحد ما هو إلا المراحل المبكرة Early phases من الفصام أي أننا أمام كيان مرضـــي واحـــد تغلب أعراض التوحد في بدايته ثم تظهر الأعراض الفصامية بعد ذلـــك حـــتى أن Kanner نفسه في فتره من فترات عمله ظن Doxa أن التوحد هو الفصام المبكر وان كان قد عدل عن هذا التوجه بعد ذلك، وقد حسمت الطبعة الثالثة مـــن الدلـــيل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM-III الصادر عام ١٩٨٠ الخـــلاف الدائـــر حول ارتباط التوحد بالفصام، حيث اعتبرت أن كل منهما كيانا مرضيا مستقلا وقائما بذاته (علاء الدين كفافي، ٢٠٠١).

ويعرض محمد قاسم (٢٠٠١) تحت عنوان حالات تعتبر أشكالا بسيطة للتوحد للشخصيه الفصامية بقوله: لقـــد وصـــف وولف وشيـــك (wolf & chick, 1980) مـــتلازمة تحدث في مرحلة الطفولة Childhood Phase وتتصف بالفقر الانفعالي (الـــبرود) وعـــدم الـــتعاطف، والصلابة أو الجمود، والأفكار الغريبة، وانشغالات

قســريه وسواســية مسبقة، وخلل في التواصل اللفظي وقد اعتبرت هذه المتلازمة بأنهــا مرادفة لمتلازمة اسبرجر وأنهما تختلفان عن التوحد من حيث أن الخلل في النمو اللغوي وخاصة الترديد الببغاوي، وفقدان الاستجابة الانفعالية وتجنب التحديق أو المواجهة بالنظر، وسلوكيات الطقوس والرتابة القسرية التي لا تحدث إطلاقاً في هــذه المتلازمتين وقد انتهي وولف وزميله من بحوثهما إلى القــول بأن الأطفــال فصــاميو النمــط (شخصــية فصامية) يتوسطون في أدائهم وسلوكهم الوظيفي بين الــتوحد والأسوياء ويشارك الأطفال الفصاميون أقرانهم التوحديون في السلوكيات النمطــية، وفي نزعتهم لفرض النمطية وبعض الإعاقة في اللغة، وفي الواقع يبدو الفــارق الواضح والوحيد بينهما هو أن الأطفال ذوي الشخصية الفصامية النمط لا توجد عندهم التكرارية Repetition الموجودة عند الأطفال التوحديين.

وقد أشار عبد الرحمن سليمان و O Gorman إلى أهم السمات المشتركة بين التوحد والفصام فيما يلي:

١- الانسحاب withdrawal والشعور بالوحدة النفسية (عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠١).
٢- فقدان الاتصال بالواقع.
٣- النقص في التعاطف وحرارة المشاعر.
٤- الفشل في تكوين صداقة مع الآخرين.
٥- عدم البراعة في التحدث والعمل.
٦- الاضطراب الإنفعالى (O Gorman, 1970).

وعلــية فافــتراض التشابه بين الاضطرابيين كان منطقيا Logical لدرجة أن بعض الباحثين كانوا يسمون التوحديين بالفصاميين.

إن التفريق بين التوحد والفصام حديث نسبياً وفيما يلي أهم الفروق:

١- الفصاميون قادرون على استخدام الرموز، ولكن التوحديين غير قادرين علي ذلك.
٢- لا يطــور الأطفــال التوحديين علاقات اجتماعية Social Relation مع الآخرين ويرفضون الاستجابة للأشخاص والبيئة Environment بينما الأطفال الفصاميون يمكن أن يطورا علاقات مع الآخرين (عبد الرحيم بخيت، ١٩٩٩).
٣- حــالات الــتوحد لا تنتشــر وتتكرر في العائلة الواحدة، بينما حالات الفصام تتكرر بصورة واضحة، فالفصامي تنتشر في أسرته الإصابة بالفصام أو أحد الأمراض العقلية الأخرى (Compbell, et. al, 1991)
٤- نســبه الإصابة بالتوحديين الذكور أكثر منها لدي الإناث (٤-١)، بينما يصيب الفصام الجنسين بنفس النسبة.

٥- التوحد اضطراب نمائي Developmental Disorder بينما الفصام مرض عقلي.
٦- التوحد يصاحبه غالبا تخلف عقلي Mental Retardation بينما لا يحدث ذلك مع الفصام (شاكر قنديل، ٢٠٠٠).
٧- لا تظهر أعراض الهلاوس والهذاءات Hallucination, Deliriums and Delusion في التوحد، بينما ظهورها في حالات الفصام مؤكدة.
٨- ظهور حالات الكتاتونيا والبارانويا التي تقتصر علي الفصام ولا علاقة لها بالتوحد (Goldstien, et. al, 1986).
٩- الفصامي لا يعاني من قصور لغوي أو غياب القدرة على التعبير عن نفسه والاتصال والتخاطب مع الآخرين، بينما الغالبية العظمي من التوحديين لديهم قصور أو عجز في هذه الجوانب
١٠- التوحديون يتجنبون التقاء العيون، بينما نادرا ما يحدث ذلك في حالات الفصام (Sahakian, et. al, 1986).
١١- يبدأ ظهور التوحد قبل سن عامين ونصف، بينما الفصام يبدأ بعد هذا السن فالفصام يبدأ في عمر متأخر في الطفولة أو في بداية المراهقة.
١٢- تدهور واضح واضطراب في الانتباه لدي التوحدي مقارنه بالفصامي (زينب شقير، ٢٠٠٤).
١٣- التوحدي جامد الحس لا يعبر ولا يفهم الإنفعالات والعواطف ولا يتبادلها بينما الفصامي يكثر من التعبير عن انفعالاته وعواطفه.
١٤- التوحدي يتمتع بصحة افضل وقدرة حركية أكبر من الفصامي (O Gorman, 1990).
١٥- يبدأ عادة الفصام في الطفولة بعد فترة من الارتقاء العادي أو الأقرب إلى العادي ويمكن أن يضاف تشخيص الفصام إلى تشخيص التوحد، إذا ما توافرت تلك الملامح الأساسية التشخيصية للاضطراب الفصامي بجانب اضطراب التوحد والتي تتضمن مرحلة نشطة Activity Stage من الأعراض الهذائية والأخاييلية السائدة والتي تبقي لمدة شهر على الأقل (علاء الدين كفافي، ٢٠٠١).

- ويري كندول (٢٠٠٠) Kendall أننا من الناحية التاريخية نلاحظ وجود نمطين للاضطراب النمائي العام أو المنتشر Pervasive Developmental Disorder هما:
  ١- اضطراب التوحد Autism Disorder.
  ٢- فصام الطفولة Childhood Schizophrenia.

ومـن الجديـر بالذكر أن فصام الطفولة يتسم بالانسحاب الاجتماعي الحاد، وعدم القـدرة Inability علـى إقامة علاقات مع الآخرين، ولكنة في الوقت ذاته يختلف عن فصـام المـراهقة في غياب الهلاوس والضلالات تقريباً، ولا يخفي علينا أن مرضى الفصـام سواء من الأطفال أو المراهقين يعانون من اضطراب التفكير سواء في محتواه أو مجراه أو التعبير عنه في إطار التفاعلات الأسرية (عادل عبدالله، ٢٠٠٤- ب).

ويؤكـد نيوسـوم وهوفانتز (١٩٩٧) Newsom& Hovanitz أن سن الطفل عند بدايـة كـلا الاضطرابين، التوحد والفصام يعد نقطة أساسية للتمييز بينهما حيث نلاحظ أن الأطفـال الفصـاميين يمرون بفترة من النمو العادي تعكس توافقاً عادياً نسبياً يتبعها بدايـة أعـراض حادة للفصام في حين نجد أن اضطراب التوحد يحدث قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره، ولا يمر الطفل في الغالب بفترة نمو عادية أو فترة من التوافق العادي نسبياً، كما هو الحال بالنسبة لفصام الطفولة (عادل عبد الله، ٢٠٠٢- ب).

ويـرى (Durand & Carr, 1988) أن فصـام الطفولـة يمكن تشخيصه في السـنوات الخمـس الأولـى بحيث يمكن تفريقه عن التوحد وذلك من خلال غلبة الأعـراض المرضـية وانتشارها (وخاصة اضطراب التفكير والهلاوس) والتي لا تحـدث عـند الأطفـال التوحديين، ومن جهة ثانية فإن أكثر الأطفال التوحديين لا تـتطور الحالـة عندهم إلى فصام، أما بالنسبة للذين يكون أداؤهم مرتفعاً منهم، فقد تـتطور الحالة عندهم إلي فصام نمطي في مرحلة الطفولة المتوسطة والمتأخرة أو فـي المراهقة والرشد باعتبارها عواقب لتطور حالة توحد سابقة، وقد وصف عدد مـن العلمـاء مجموعـة من الأطفال بعضهم يملك أعراض التوحد خلال سنوات الطفولـة المـبكرة وفقـاً لمعيار الفصام كما وصفه الدليل التشخيصي والإحصائي الثالـث والـرابع للأمـراض النفسية وقد أظهر الراشدون التوحديون الاضطراب الانفصـالي نفسـه الـذي ظهـر عـند الراشدين الفصاميين، ولكنهم لم يظهروا اضطرابات التفكير مثل الهذيانات والذهول.

التوحد وصعوبات التعلم Autism and Learning Disability

أوضـحت دراسات كلا من شيا وميسينوف (١٩٨٥) Shea & Mesibav أن هـناك تشـابه بين صعوبات التعلم والمستوى المرتفع من التوحد Higher Level Autism في الجوانب التالية:

أ - البروفيل الشخصي.

ب- صعوبات اللغة.

ج- عدم التمييز المعرفى.

وأوضحا أن هذا التشابه قد يجعل كليهما علي متصل واحد

بينما أسفرت نتائج دراسة (Johnson. et al, 1992) انخفاض دال وواضح لدي التوحدي مقارنة بذوي صعوبة التعلم على المتغيرات التالية:

١- تدهور في حدة السمع والبصر.

٢- تدني الاستجابات الحركية.

٣- انخفاض في الأداء اللغوي.

٤- العزلة الاجتماعية وصعوبة تكوين علاقات اجتماعية (زينب شقير، ٢٠٠٥- أ).

وقد حددت رابطة الطب النفسي الأمريكي American Psychiatry Association في دليل التشخيصي الإحصائي الثالث المعدل ١٩٨٧ Diagnostic and statistical Manual (DSM-III.R) وكذلك دليل التشخيص الإحصائى الرابع (١٩٩٤) -DSM) (IV أن التوحد لا يتدرج تحت صعوبات التعلم ولكنه يصنف تحت الاضطرابات السلوكية Behavioral Disorder الناتجة عن الاضطرابات الانفعالية وسوء التوافق الاجتماعي، ويعتبر من الاضطرابات النفسية ويتميز بزملة أعراض كلنيكيه تختلف عن صعوبات التعلم وأن جوانب الاضطراب تشمل الجانب الانفعالي والجانب المعرفي (إسماعيل بدر، ١٩٩٧).

التوحد واضطراب أو زمله ريت Rette s Disorder :

زمله ريت Rettes syndrome هي إحدى إعاقات الطفولة، اكتشفها Rett (١٩٦٦) وهي عبارة عن خلل عميق في المخ يظهر لدي البنات والأفراد شبيه الاوتيستك ويظهر في صورة حركات تكرارية لليد، وقصور في المهارات اللغوية والاجتماعية (Sharyn Neuwirth, et. al, 1990)

و يعرف عادل عبدالله (٢٠٠٢- ب) اضطراب أو زمله ريت بأنها اضطراب نمائي Developmental Disorder يصيب البنات فقط، وفيه يحدث النمو الطبيعي أولا ثم تفقد البنت المهارات التي اكتسبتها من قبل، كما تفقد الاستخدام الغرضى لليدين ويحدث بدلاً منه حركات متكررة لليدين ويبدأ ذلك في السن من ١-٤ سنوات.

وقد أشار كامبل وآخرون إلى أوجه التشابه بين التوحد واضطراب ريت فيما يلي:

أ - النمو الطبيعي في السنتين الأولى والثانية من العمر، يليه حالة من الفقدان الكامل أو الجزئي للمهارات اللغوية، الاجتماعية ومهارات التكيف المكتسبة.

ب- قصور في النمو المعرفي والتفكير والكلام وربما فقدان كامل للكلام.

ج- عـدم التواصـل فـي الأفكـار والانفعـالات قـد يكون مصحوباً بالاكتئاب Depression أو الضحك الهستيري بدون سبب (Compbell, et. al, 1991).

بينما أشـار أحمـد عكاشـه وعثمان فراج وعلاء كفافي ومحمود حموده و Watson إلى الاختلاف بين التوحد واضطراب ريت فيما يلي:

١- اضطراب ريت يشخص عادة فقط عند الإناث، بينما يحدث اضطراب التوحد بدرجـة أكـبر عـنـد الذكور (أربع أو خمس حالات من الذكور مقابل حالة واحـدة من الإناث)، كذلك فإن هناك نمطاً مميزاً في اضطراب ريت يتضمن تأخـر نمـو الـرأس وفقدان المهارات اليدوية المرضية التي كانت الطفلة قد سـبقت وتعلمـتها، كذلـك فاضـطراب ريت يتميز بالمشية فقيرة التآزر في حركات الجذع (علاء الدين كفافي، ٢٠٠١).

٢- حالات الإصابة بزملة ريت مرتبطة دائما بالإعاقة العقلية الشديدة Sever، أما حـالات الـتوحد فمنهم ٤٠% فقط تقل نسبة ذكاؤهم عن ٥٠ أي تقع في فئة التخلف المتوسط Moderate، ٣٠% تقع في فئة التخلف البسيط Mild ونسبة ضـئيلة تقـع في فئة التخلف الشديد Sever ونسبة أخرى حوالي ٣٠% أو أقل تقع في فئة العاديين أو العباقرة (Watson, 1973) .

٣- حـدوث تشـنجات للمصابين بزملة ريت أثناء الطفولة المبكرة أو المتوسطة وحدوث نوبات صرعية في معظم الحالات قبل عمر ثمان سنوات، أما حالات التوحد فقد أشارت بعض الدراسات أن حوالي ٤-٣٢% من التوحديين سوف يحـدث لهـم نوبات صرعيه عظمي في وقت مـا من حياتهم وخاصـة في مرحلة البلـوغ (محمود حموده، ١٩٩١).

٤- العوامل المسببة للإصابة بزمله ريت تنحصر في تلف المخ أو النخاع الشوكي أو المخـيخ أو الجهاز العصبي بصفة عامة، أي عوامل عضوية، أما العوامل المسـببة للإصـابة بالتوحد غير محددة فقد تكون وراثية أو عضوية أو نفسية (Hagberg, et. al, 1983) .

٥- حـدوث ضـمور فـي العضلات الفقرية مع عجز حركي شديد وتشنج شديد يصـيب الأطـراف السفلية أكثر من الأطراف العلوية يؤدي إلى فقدان القدرة علـى الحركة والمشي للحالات المصابة بزملة ريت بعكس حالات التوحد فلا تظهر عليها هذه الأعراض.

٦- العجــز الرئيســـي في المصابين بزمله ريت يتمثل في التخبط والترنح في المشي وفقــدان الاتــزان الحركي للأطراف والحركات اليدوية النمطية تتمثل في عصر اليديــن وغســلها لا إراديا أو لف اليد حول الأخرى مع وضع الذراعين في حالة انثــناء أمــام الصدر أو الذقن، بلل نمطي لليدين من اللعاب، حدوث صعوبة في الــبلع والتــنفس، فشــل دائم تقريبا في التحكم في عمليات التبول والتبرز، بروز مفرط في اللسان وتتطور هذه الأعراض في منتصف فترة الطفولة، فيحدث تخلج جزعــي وعمى حركي ويصاحبها أحيانا ضعف حدبي وأحيانا حركات رقص كيفية بعكس حالات التوحد فلا تظهر فيها هذه الأعراض (أحمد عكاشة، ١٩٩٢).

٧- ســلوك إيذاء الذات المتعمد Self-injurious Behavior الانشغال بالتوافه من الأمور والحــركات النمطية غير الهادفة سمــات بارزة لدي التــوحديين ولكنهــا نادرة جداً في حــالات الإصابة بزمله ريت (عثمان فراج، ١٩٩٦(ع٤٦)).

و يلخص عثمان فراج التشخيص الفارق بين الريت والتوحد في الآتي:

الريت Rett s Syndrome	التوحد Autism Disorder
يبدي المصاب تدهوراً واضحاً تدريجياً في النمو مع تقدم العمر	قصــور الــنمو موجود وظاهر بعد الميلاد (مبكراً)
اضــطراب وعشــوائية ونمطية حركة اليد (عرض مميز)	غالباً لا توجد وإذا وجدت فهي غالباً نتيجة عادات مكتسبة Acquired Habits
غياب التوازن ترنح في المشي غياب التناسق الحركي Ataxia and Aproxia	الوظائف العضلية الكبيرة سليمة
فقــدان تام للوظائف اللغوية Linguistic Function	قــد يوجد اضطراب في استخدام اللغة ولا تفقد حصيلتها
اضطراب التنفس أحد الأعراض الرئيسية	اضطرابات التنفس نادرة أو لا توجد
الــتدهور فــي محاور النمو عرض أساس حتى يصل في مرحله البلوغ إلى عمر ٦-١٢ علي المحور اللغوي الاجتماعي	ثــبات فــي مهارات محاور النمو المختلفة دون تدهور
نوبــات الصــرع تظهر مبكراً في ٧٥% من الحالات عنيفة متكررة تصاحبها إفرازات فميه	نوبات الصرع قليلة أو نادرة وإذا أظهرت ففي مرحلة المراهقة.

المصدر (عثمان فراج ،٢٠٠٠(ع٦٢))

اضطراب أو زملة اسبرجر Asperger s Syndrome or Disorder

اكتشفها هانز اسبرجر Hans Sperger عام ١٩٩٤ واعتبرها إحدى اضطرابات الشخصـــية وكانـــت تتشـــابه مـــع بعض أعراض التوحد التي وصفها Kanner عام ١٩٤٣ وحيث أن اكتشافات اسبرجر ظهرت في نفس الوقت الذي أعلن فيه كانر عن ملاحظاتـــه للأطفـــال التوحديين كما أطلق عليهم فان اسبرجر أطلق علي زملته اسم Autistic psychopathy واعتـــبرها الـــبعض حالة مخففه من التوحد أو شبيه التوحد Autism like (Sharyn Neuwirth, 1999)

ويشـــير عـــادل عـــبدالله إلـــى أن الاسبرجر يتسم بوجود خلل في التفاعلات الاجتماعية، ووجود اهتمامات وأنشطة مقيدة ومحددة جداً مع عدم وجود تأخر عام دال مـــن الناحـــية الإكلينيكية في اللغة، وتتراوح نسبة ذكاء الفرد بين المتوسط إلى المرتفع، وربما المرتفع جداً حيث من الملاحظ أن هذه الفئة على وجه التحديد دون سواها تضم أطفالا موهوبين بين أعضائها (عادل عبدالله، ٢٠٠٤- ب).

ويري عبد الرحمن سليمان أنها حالة مشابهة للتوظيف العالى High Function فـــي إعاقـــة الـــتوحد، تتمـــيز بقصور ونواحي عجز ملحوظ في السلوك الاجتماعي Social Behavior واهـــتمامات محدودة للغاية، والتصرف الأخرق، وصعوبات أداء علـــى الاختـــبارات المعرفية، ومشكلات في الوظائف التنفيذية ولكن لا يوجد تفكير معرفـــي أعلـــى Metacognitive ولا يوجد نموذج للفكر ولا أسلوب معين في حل المشكلات Solving problems (عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠١).

ويشـــير إليها عثمان فراج على أنها إحدى إعاقات مجموعة اضطرابات النمو ذات الأصول التكوينية البنوية Constituently والخلقية الولادية Congenital (أى تكـــون موجودة عند الميلاد) ولكنها لا تكتشف مبكراً بل بعد فترة نمو عادى على معظـــم محـــاور النمو قد تمتد إلى عمر (٤-٦) سنوات وتصيب الأطفال ذو الذكاء العـــادي أو العالـــي ونادرا ما يصاحبها تخلف عقلي بسيط، وبدون تأخر في النمو اللغوي أو المعرفي ويتميز بقصور كيفي واضح في القدرة علي التفاعل الاجتماعي مـــع ســـلوكيات شاذة واهتمامات محدودة غير عادية، وغياب القدرة على التواصل غـــير اللفظـــي وعلى التعبير عن العواطف والانفعالات أو المشاركـــة الـــوجدانية (عثمان فراج، ٢٠٠٢).

ويطلـــق محمـــد قاسم (٢٠٠١) علي متلازمة اسبرجر اسم إمراضية التوحد ويـــرى أن هـــذه المـــتلازمة تتحدث عنها وتصفها كتب علم النفس والطب النفسي الألمـــانى، بينما يعزى التوحد إلى كتب وأدب علم النفس والطب النفسي الإنجليزي

ومــن هــنا فــإن عــلاج هاتين المتلازمتين يكون مختلفا وينظر إليهما علي أنهما وحــدات مرضــية منفصلة Separate Unites ويصف متلازمة اسبرجر على أنها خلــل أو عجــز في التفاعل الاجتماعي واللغة والتواصل غير اللفظي (كلام حذلقة Pedantic Speech) وقلب الضمائر، ووضعيات محدودة وتعبيرات وجهيه ضعيفة وأنشــطة متكررة رتيبة، ورفض للتغيير إضافة إلى هذه الصورة الإكلينيكية، هناك تــاريخ ســابق مــن فقدان الاهتمام بالجماعة الإنسانية والآخرين خلال الرضاعة وضــعف اللعــب التخيلــي أو الإيهاميThe Make Believe play خلال الطفولة وفــوق ذلك فإن متلازمة اسبرجر والتوحد تشتركان في أعراض متشابهة للدرجة التــي تدفع العديد من العلماء اعتبارها متلازمة مرضية واحده، ولكن الاختلاف مع ذلك يكون في طول وشدة كل واحدة منها (كميا) وفي خطورتها.

ومن أوجه التشابه بين التوحد وزمله اسبرجر ما يلي:-

١- القصور في القدرة على التفاعل الاجتماعي.
٢- محدودية الاهتمامات وأوجه النشاط (عثمان فراج، ٢٠٠٢).
٣- غياب التواصل غير اللفظي.
٤- قصور في الحركات الدقيقة Fine Motors (احمد عكاشه، ١٩٩٢).
٥- ســلوكيات تكــرارية، مشــكلات اجتماعية، ومشكلات حركية تتمثل في عدم الرشاقة (Sharyn Neuwirth , et.al, 1999).

أما عن الاختلافات بينهما فإنها تتعلق بما يلي:-

١- نســبة الذكــاء IQ فــي زملة اسبيرجر قريبة من النسب العادية (٩٠-١١٠) والتباين Variances في الذكاء في حالة الأطفال التوحديين واضح في جانبيه اللفظي والعملي
٢- لا يوجد لدي الطفل المصاب بزملة اسبيرجر تأخر عام في اللغة كما أنه ليس لديه صعوبات في استخدام الضمائر (عبد الرحمن سليمان ،٢٠٠٢).
٣- عــدم بدء ظهور أعراض اسبيرجر إلا خلال مرحلة الطفولة المتأخرة، بينما حالات التوحد تظهر في مرحلة الطفولة المبكرة (sharyn Neuwirth, et. Al, 1999)
٤- كمــا يمكــن أن نفرق بين اضطراب التوحد وبين اضطراب اسبيرجر في أن الاضطراب الأخير يتميز بالنقص أو التأخر في الارتقاء اللغوي، علما بأنه لا يــتم تشخيص اضطراب اسبيرجر إذا ما انطبقت محكات تشخيص اضطراب التوحد علي الحالة (علاء كفافي، ٢٠٠١).

٥- الاســـبيرجر يتصف بالقلق Anxiety والاكتئاب Depression، ضعف التوافق الحركي، ومن السهل إحباطه وعدواني وهذه السمات غير أساسية في التوحد (عثمان فراج، ١٩٩٦(ع٤٦)).

٦- طفل الاسبرجر لا يتجنب الآخرين من الأفراد أو الكبار كما يفعل طفل التوحد بـــل يقبل على التعامل معهم بنشاط ولو أنها أنشطة ضيقة الحدود تدور غالباً حول اهتماماته وحاجاته الشخصية التي تبدو غريبة وعادة غير مألوفة للطفل العادي.

٧- مع أن طفل الاسبرجر يعاني من العزلة الاجتماعية والوحدة مثل طفل التوحد إلا أن الفرق بين الحالتين هو أن طفل التوحد غير واع لوجود الآخرين حوله ولا يـــبدى أي إحســـاس أو اهتمام بوجودهم ولا يحاول التواصل معهم، بينما طفل الاسبرجر يدرك جيداً وجود الآخرين حوله ويشعر بهم ويبذل محاولات مســـتميتة للحديـــث معهم ولكن قصور قدراته في التفاعل الاجتماعي وغلظة وفجاجـــة أســـلوبه فـــي المـــبادأة وتركيزه على اهتماماته وحاجاته الخاصة واســـتمراره فـــي الحديـــث عـــن موضوعات لا تحظى باهتمام الآخرين أو متابعـــتهم، وبـــرغم انصـــرافهم عنه، فإنه يستمر في الحديث مما يؤدى إلى شـــعورهم بـــالملل والتـــبرم مـــن أســـلوبه على نحو لا يتيح الفرصة لتكوين واستمرار علاقاته الاجتماعية معهم.

٨- إذا قارنـــا إعاقـــة الاسبرجر بإعاقة التوحد، فإننا نستطيع اعتبار حالات الأول مـــن حيـــث الشدة أخف بدرجة كبيرة من الثاني، وذلك بالنسبة إلى الأعراض المشتركة المتشابهة في الحالتين (عثمان فراج، ٢٠٠٢).

وقد أوضح هانز اسبيرجر Hans Asperger عالم الفيزياء النمساوى (١٨٤٤-١٩٥٤) مكتشـــف هـــذا الاضطراب الذي كان يعمل في نفس فتره ليوكانر leo kanner المكتشـــف الأول للتوحد في بحث أصدره في ذلك الوقت يصف فيه أنماط الســـلوك Behavior Patterns لدي العديد من الصبية الصغار ذوى الذكاء العادي وتطـــور اللغـــة العـــادي، لكـــنهم يظهرون سلوكا مشابها للتوحديه في العجز في المهـــارات الاجتماعـــية والتواصـــل أنه يمكن التميز بين الاضطرابين من خلال علامتين:-

الأولـــى: تختص ببداية Start المرض والثانيـــة بالتأخر اللغوي Language Delay حيـــث أن هـــذا المرض يبدأ في الخمسة أشهر الأولى من عمر الطفل أما التوحد فيبدأ في خلال الثلاثة سنوات الأولى، أما في التأخر اللغوي فيكون الأطفال

ال Autism مختليــن لغويا أي لغتهم شاذة بعكس الآخرين، كما أوضح Asperger أن تعلــيم هؤلاء الأطفال ليس عن طريق التلقين والصم كما أوضح كانر لعينة من الأطفـــال التوحديين، وقال أن هؤلاء الأطفال كانوا يؤدون بأقصى أداء تلقائي جدي كأنهم مفكرين مجردين (Bishop D.U.M ,1989).

التوحد واضطرابات الطفولة التحللية Childhood Disintegrative Disorder

يشــير عــثمان فراج (٢٠٠١(ع٦٦)) إلى أن اضطرابات الطفولة التحللية أو التفســخية CDD كانت تاريخيا معروفة منذ أوائل القرن العشرين حيث كان العالم النمســاوى T.Heller قــد اكتشــفها فــي فيــنا وأطلق عليها اسم جنون الطفولة Dementia Infantilism أو متلازمة هيللر (H.S) عام ١٩٠٨ أي قبل أن تكتشف لأول مــرة حــالات الــتوحد والاســبرجر عــام ١٩٤٣،١٩٤٤ وتشبه أعراض اضــطرابات الطفولــة التحللية CDD إلى حد كبير أعراض التوحد Autism مما يــؤدى إلــى أخطاء في تشخيصها لكن الفارق والاختلاف الأساسي تمثل في كون الــتوحد غالبا يولد به الطفل ويمكن أن يكتشف في بعض الحالات في الشهور (أو حتى في الأسابيع) الأولى بعد الولادة ولكن حالات الـــ CDD التحللية لا تظهر إلا بعــد العـــام الثاني وفي بعض الحالات يتأخر ظهورها لعدة سنوات لكن قبل العام العاشر من عمر الطفل وبعد أن يكون قد مر بمرحلة أو مراحل نمو طبيعي مكتسبا خلالهـــا العديــد مـــن المهارات اللغوية والاجتماعية الحركية والتحكم في الإخراج ومهـــارات اللعـــب والــتفاعل الاجتماعي ومن هنا جاء مصطلح اضطرابات الطفولـــة التحللــية فـــلا يمكـــن بطبـــيعة الحـــال أن يحـــدث الـــتحلل أو التفسخ Disintegration إلا بعـــد أن يكـــون تكامل أو اكتساب المهارات Integration قد حـــدث فعـــلاً ... وفيما عداً هذا الفارق (موعد وتاريخ ظهور الأعراض) ليس من المســتغرب أن يحدث خطأ في التشخيص فالأعراض متشابهة بين الإعاقتين بل قد تكـــون واحدة حتى في حدوث نوبات صرعية وغيرها في الحالتين كما في حدوث موجات كهربية غير عادية في الحالتين عند استخدام اختبار رسم المخ (EEG).

التوحد والاضطراب النمائي غير المحدد في مكان أخر PDD-NOS

Pervasive Developmental Disorder- Not Otherwise Specified

ويشـــار إلـــيه عـــادة على أنه اضطراب توحدي غير نمطي أو غير نموذجي Atypical ويـــتم تشـــخيص الحالة على هذا النحو عندما لا تنطبق على الطفل تلك

المحكـــات الخاصة بتشخيص معين مع وجود خلل أو قصور شديد وشامل في عدد من السلوكيات المحددة (عادل عبدالله، ٢٠٠٤- ب)

التوحد وكروموزوم أكس الهش Fragile X Chromosome

وهـــو عيـــب وراثي يؤثر في النسل من الذكور، يكون مصحوباً بتأخر عقلي ويطلـــق هـــذا اللفظ على الاضطراب بسبب قابلية الذراع الطويلة للكروموسوم x القـــابل للكســـر عـــندما يكون العيب موجودا، وهذا الكرموسوم هو ثاني الأسباب شيوعا بعد زملة داون للتأخر العقلي بين الذكور ويسمي أيضا زملة الصبغ x الهش Fragile x Syndrome (جابرعبد الحميد وعلاء الدين كفافي، ١٩٩٠(ج٣)).

ويشـــير بايلي وآخرون (١٩٩٣) Bailey et. al أن الإصابة بهذا المرض تأتى مـــن الخلـــل في التركيب الكروموزومى فى الخلية وأن الطفل المصاب بهذا المرض تظهر عليه بعض السمات مثل:-

كـــبر عظام الوجه، أسنان ضعيفة، مفاصل مرتفعة وممتدة لأصابع اليد، أذن كبـــيرة منبســـطة، ارتفاع غير عادي في سقف الحلق، حول في العين، وجه طويل وضـــعيف، أقـــدام مفلطحـــة، خلل في الصمام الميترالى للقلب، خلل في الناقلات العصبية مما ترتب عليه بطء الاستجابة للمثيرات الحسية.

أمـــا عثمان فراج فيشير إلى أوجه التشابه بين زمله الكروموزوم x والتوحد فيما يلي:-

١- ممارسة الحركات النمطية المتكررة بالأيدي.
٢- قصور الإدراك الحسي للمثيرات البصرية والسمعية والتواصل اللفظي والقدرة على التخاطب.
٣- النشـــاط الحركـــي الـــزائد المصـــحوب بالعدوانية Aggression أو العصبية الموجهة للذات أو الآخرين.
٤- صعوبات في التركيز والانتباه Attention Deficit Disorder.
٥- تجنب التواصل البصري ومتابعة الحديث مع الآخرين.
٦- إصدار أصوات غريبة وغير مفهومة (عثمان فراج، ١٩٩٦(ع٤٦)).

وعن كيفية التمييز بين الإعاقتين بالرغم من هذا التشابه في الأعراض، فيشير أوجـــرمان أنه يمكن ذلك من خلال الفحص الكروموزومى الدقيق الذي يكشف عن وجود هذا الكروموزوم الهش وبالتالي تستبعد أن تكون الحالة مصابة بالتوحد ولكن

احتمال الإصابة بالإعاقتين معاً أمر وارد حيث يرى أوجرمان أن نسبة (١٠-١٥%) من التوحديين يصابون بزملة الكروموزوم x الهش (O Gorman , 1970).

وقد يفسر لنا ذلك سبب انتشار إعاقة التوحد لدي الذكور أكثر من الإناث.

التوحد واضطراب الحركة المنمط Stereotyped Movement Disorder

ويشخص هذا الاضطراب إذا كانت الصورة الإكلينيكية من حيث تكرار ونمطية الحركات أفضل مما هو عنيه بالنسبة لصورة الطفل التوحدي، وعادة ما يتناول هذا الاضطراب سلوك البناء النفسي بصورة مختلفة عن الاضطراب التوحدي (DSM-IV, 1994) .

التوحد واضطرابات التواصل

١- التوحد والإعاقة السمعية Hearing Impairment

يعد التوحد Autism والصمم Deafness أو فقد السمع Hearing loss من أكثر اضطرابات التواصل شيوعاً بين الأطفال، إذا يدفع كلاهما بالطفل إلى حالة من الوحدة أو العزلة فينزوي على أثرها بعيداً عن الآخرين ويتقوقع في عالمه الخاص، وإذا كان الطفل الأصم يتمكن بعد ذلك من تعلم وربما ابتكار أساليب مختلفة للتواصل مع الآخرين كلغة الإشارة أو غيرها علي سبيل المثال، فإن الطفل التوحدي على الجانب الآخر وأن ضعفت عنده حدة التواصل يظل يعاني مع ذلك من قصور في الجانب الاجتماعي لديه فلا يستطيع من جرائه أن يقوم بتكوين علاقات أو صداقات مع الآخرين أو يحافظ علي علاقاته معهم، وتشير بيركي Berke (٢٠٠٣) إلى أنه قد يتم في بعض الأحيان إساءة التشخيص لكل من التوحد وفقد السمع أو بالأحرى الخلط بينهما حيث أن الطفل التوحدي قد يبدي بعض السمات التي يبديها الطفل الأصم، إذ نجده يبدو أحيانا وكأنه لا يسمع، ومن هنا فقد يتم تشخيصه على أنه أصم، وقد يتم تشخيص الطفل الأصم في الجانب الآخر على أنه توحدي نظراً لما قد يصدر عنه من بعض السلوكيات، إلا أن واقع الأمر يعكس أن الطفل قد يكون أحدهما فقد يكون توحدياً، وقد يكون أصماً، لكن الأمر لا يسلم أحيانا فقد يجمع الطفل بين الاثنين معاً فيكون توحدياً وأصماً في نفس الوقت، ومع ندرة هذه الحالات إلا أنها تحدث في الواقع، ولا يمكن لنا أن ننكر وجودها على الإطلاق بل أن الأخطر من ذلك أن الاتحاد القومي لأبحاث التوحد بالولايات المتحدة الأمريكية (٢٠٠٣) National Alliance for Autism Research NAAR

قد أصدر في تقرير له أن ما بين ٣٠-٥٠ % من الأطفال التوحديين يبدون أيضا فقداً للسمع يتراوح بين الفقد الكلي والفقد الجزئي (عادل عبد الله، ٢٠٠٤- أ).

و يشير عثمان فراج (١٩٩٦(ع٤٦)) إلى أن بعض الأطفال المصابون بالصمم الذي يؤدي إلى البكم Deafness lead to Mutism نتيجة لعوامل أثناء الحمل أو بعد الولادة، قد يظهرون بعض سمات الأطفال التوحديين ومن هنا حدث الخلط في تشخيص التوحد بأنه إعاقة سمعية.

كما أن بعض الأطفال التوحديين قد لا تنمو اللغة لديهم على الإطلاق لذلك قد يشخصهم البعض خطأ على أنهم من فاقدي السمع (عادل عبد الله، ٢٠٠٤- ب).

ومن بين الأعراض أو السلوكيات الثانوية Secondary Behaviors التي قد يظهرها الأطفال المعاقون سمعيا السلوك الانسحابي، والانزعاج من تغيير الروتين أو بعض السلوكيات الأخرى المشابهة، وهم في هذا قد يشتركون مع بعض سلوكيات الأطفال التوحديين (عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠٢).

ولكن هذه السلوكيات تعتبر ثانوية بالنسبة للصم، ولكنها أوليه وأساسية Basic and Elementary في حالة الأطفال التوحديين (عبد الرحيم بخيت، ١٩٩٩).

ويعرض محمود حموده (١٩٩٣) لبعض أوجه التشابه بين أعراض التوحد والإعاقة السمعية فيما يلي:-

١- غياب القدرة على التواصل البصري

٢- الاندماج في حركات نمطية

٣- عدم القدرة على التخاطب والتواصل اللفظي.

أما عن جوانب الاختلاف بين أعراض التوحد والإعاقة السمعية فهي:-

١- أن الأطفال الصم يستخدمون أعينهم كي يتعلموا مختلف الأشياء عن العالم المحيط من حولهم، وعلى ذلك فهم يقوموا بملاحظة الآخرين، وحتى قبل أن يتعلموا التحدث أو استخدام لغة الإشارة فإنهم يتعلموا كيف يجعلوا الآخرين يفهمونهم وذلك من خلال استخدامهم للإشارات المختلفة وهو الأمر الذي لا يقوم به الأطفال التوحديين أو الأطفال الصم التوحديون.

٢- إن الطفل التوحدي لا يستجيب لمشاعر الآخرين، ولا يكون بمقدوره أن يفهم مثل هذه المشاعر، ولا ينظر إلى وجوه الآخرين حتى يمكنه أن يميز مشاعرهم تلك، كما أنه عادة يتصرف وكأنه لا يعبأ بها مطلقاً، أما الطفل الأصم فيمكنه أن يتعرف علي تغيرات الوجوه ولكنه يجد صعوبة في فهم

المشاعر الداخلية لأنه عادة لا تتاح له الفرصة كي يتحدث عنها، كما أنه لا يكون بمقدوره أن يعبر عنها بشكل دقيق.

٣- الطفل التوحدي يأتي بسلوكيات متكررة أو يقوم بها بشكل متكرر كالهزهزة والتأرجح والدوران، وتشبيك اليدين والتصفيق المستمر بهما، وما إلى ذلك أما الطفل الصم فلا يفعل شيئا من ذلك إلا عندما يتم تجاهله أو تجاهل حاجاته لفترة طويلة من الوقت (عادل عبد الله، ٢٠٠٤- أ).

٤- معدلات الذكاء IQ في حالات الإصابة بإعاقة سمعية أعلى من نظيرتها في حالات التوحد.

٥- تستطيع حالات الإصابة بإعاقة سمعية تحقيق تواصل غير لفظي مع الآخرين أفضل من حالات التوحد (شاكر قنديل، ٢٠٠٠).

٦- تتسم حالات الإعاقة السمعية بالقدرة على تكوين علاقات اجتماعية وتفاعل اجتماعي مع الآخرين بعكس حالات التوحد فهي تعاني من عجز رئيسى في هذه الجوانب.

٧- سهولة تشخيص حالات الصم والبكم بالفحص الطبي لأجهزة السمع والكلام يقابلها صعوبة في تشخيص التوحد لعدم توافر أدوات مقننة لهذا الغرض (سميرة السعد، ١٩٩٢).

٨- يميل التوحدي للانسحاب الاجتماعي، والانزعاج من الروتين بشكل أساسي مقارنة بالمعاق سمعياً (زينب شقير، ٢٠٠٤).

ويشير عادل عبد الله (٢٠٠٤- أ) إلى بعض الأمور الهامة التي تلفت انتباهنا بالنسبة للطفل التوحدي: إنه يتصرف أحيانا وكأنه أصم فلا يعير الآخرين أي اهتمام، ولا يعير الصوت أي اهتمام في كثير من الأحيان، بل والأهم من ذلك أنه لا يهاب الخطر فقد يعبر الطريق عندما تكون هناك سيارة قادمة بسرعة ولا يعير أي اهتمام لذلك البوق الذي يسمعه كل المحيطين به آنذاك، وهنا قد يتيقن من يتعامل معه أنه أصم مع أنه ليس كذلك في الواقع، حيث يعرف مثل هذا الأمر من جانبه باللامبالاة السمعية Auditory Indifference، وقد يكون الطفل من ناحية أخرى على العكس من ذلك تماماً، إذ قد يكون حساساً للصوت بدرجة كبيرة، أما الإعاقة السمعية Hearing Impairment علي الطرف الأخر فتعكس عدم قدرة الطفل علي استخدام أذنيه لسماع الحديث وفهمه، وبالتالي لتعلم اللغة والكلام.

٢- التوحد واضطرابات اللغة والكلام Communication Disorder

حيث أن اضطرابات اللغة والكلام والجوانب المعرفية مظاهر أساسية في التوحد فإنه من المتوقع أن يكون هناك تشابه بين التوحد والاضطرابات اللغوية وبسبب هذا التشابه فإنه يتم الخلط أحيانا بين التوحد وهذه الاضطرابات (عبد الرحيم بخيت، ١٩٩٩).

ويري سميث وآخرون (١٩٩٩) Smith, et. al أنه من الممكن التمييز بينهما في عدد من النقاط البسيطة ذات الأهمية حيث نجد أن هناك العديد من الحقائق التي يمكن أن ترتبط كل فئة من هاتين الفئتين، والتي تميزها بالتالي عن الفئة الأخرى ويمكن أن نعرض لذلك كما يلي:-

١- أن الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات اللغوية يحاولون دائما التواصل بالإيماءات وبتعبيرات الوجه.
٢- أن الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات اللغوية عادة ما يظهرون تعبيرات انفعالية مناسبة تسهم في فهم تعبيرات الوجه.
٣- أن الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات اللغوية يمكنهم أن يقوموا باستخدام اللغة جيداً بعد أن يتم علاج مثل هذه الاضطرابات التي يعانون منها.
٤- أن الأطفال التوحديين في المقابل لا يظهرون تعبيرات انفعالية مناسبة أو حتى تعبيرات انفعالية مصاحبة وهو ما يضيف تعقيداً جديداً لفهم تعبيرات الوجه.
٥- أن الأطفال التوحديين يفشلون في استخدام اللغة كوسيلة من وسائل الاتصال والتواصل بدون تدريب على ذلك حيث أنهم عادة ما يعانون من قصور لغوي في مفرداتهم، وتراكيبها اللغوية، كما أن اللغة قد لا تنمو لدي بعضهم علي الإطلاق.
٦- أن الأطفال التوحديين يتسمون عادة بما يعرف بالترديد المرضي للكلام وهو الأمر الذي قد يجعل الكثيرين يتجنبون التواصل معهم (عادل عبدالله، ٢٠٠٤- ب).

٣- التوحد وإعاقات التخاطب

تعتبر إعاقات التخاطب والتواصل من الإعاقات النمائية المحددة Specific Developmental Disorder وتتميز بالنمو غير الطبيعي لبعض المهارات اللغوية والكلامية والحركية، ولا تعزى لاضطراب جسمي أوعصبي محدد أو تخلف عقلي أو نقص فرصة التعلم أو الإصابة بالاضطرابات النمائية المنتشرة، ويترتب علي الإصابة بهذه الإعاقات ظهور مشاكل في القراءة، التعبير اللغوي، التعبير الكتابي

الـــنطق الصـــحيح للأصـــوات، التهتهة، عدم القدرة الحسابية Acalculia (محمود حموده، ١٩٩١).

جوانب التشابه بين إعاقات التخاطب والتوحد:-

أ - قصور في القدرة علي التواصل اللفظي

ب- غياب القدرة علي تكوين علاقات اجتماعية (عثمان فراج، ١٩٩٦(ع٤٦)).

أما جوانب الاختلاف فتتمثل في العناصر التالية:-

أ - أصـــحاب إعاقـــات التخاطب لا تظهر لديهم ظاهرة الترديد الآلي Echolalia والخلـــط في استخدام الضمائر، بعكس حالات التوحد فهذه الظواهر تعتبر من السمات البارزة لديهم.

ب- درجـــه القصور اللغوي لدي أصحاب إعاقات التخاطب تكون اقل من نظيرتها لدي التوحديين.

ج- أصحاب إعاقات التخاطب لديهم قصور في نوع محدد من أشكال التواصل في حيـــن أنهـــم يســـتطيعون استعمال الأشكال الأخرى من التواصل عدا الجانب المعاق لديهم، بعكس حالات التوحد فهي تعاني من قصور في أشكال التواصل اللفظي وغير اللفظي.

د - أصـــحاب إعاقـــات التخاطـــب يـــندمجون في ألعاب ابتكاريه خيالية، بعكس التوحديين فهم يعانون من قصور في هذه السمة.

هـ- أصـــحاب إعاقات التخاطب نسب ذكائهم أعلى من نظيرتها في حالات التوحد (سميرة السعد ،١٩٩٢؛ عثمان فراج ،١٩٩٦(ع٤٦)).

٤- اضـــطرابات اللغة الاستقبالية التعبيرية المختلط Receptive - Expressive Language Mixed Disorder.

أمـــا عـــن اضطراب اللغة سواء التعبيرية أو في اللغة الاستقبالية التعبيرية المخـــتلط فإنه يكون هناك عطب في استخدام اللغة ولكنه لا يكون مصحوباً بوجود تضـــرر كبير في كيفية التفاعل الاجتماعي والأنماط المحددة والمكررة من السلوك التي نجدها في اضطراب التوحد (علاء الدين كفافي، ٢٠٠١).

وبالـــرغم من أن كلاهما يتمثل في وجود خلل لغوي غير مرتبط بالخلل الذي يحدث في التفاعل الاجتماعي كما أنه لا يرتبط بضروب السلوك النمطي التكراري تظـــل هناك بعض الصعوبات من حيث تحديد هذا الاضطراب والتفرقة بينه وبين اضطراب التوحد (سهي أمين، ٢٠٠١).

٥- التوحد والحبسة أو عسر الكلام الإنمائي (الديسلكسيا Dyslexia)

في كلا نوعي عسر الكلام الإنمائي (عسر الكلام التعبيري أو الحبسة التعبيرية)، وعسر تلقي الكلام (حبسة التلقي)، وفي التوحد أيضا هناك استجابات غير عادية أو شاذة للأصوات وتأخر في النطق وفي اكتساب الألفاظ وفهمها وفي استعمالها، وبما أن اكتساب الكلام واللفظ واللغة يتم ببطيء، فإن الأطفال الذين يعانون من الحبسة ومن التوحد يشوهون الكلمات والألفاظ ويحرفونها، وبسبب صعوبتهم في التواصل وعدم فهم ما يقولون فان الأطفال المصابين بعسر الكلام قد تتطور عندهم الحالة إلى اضطراب في العلاقات مع الآخرين كما هو الحال في التوحد، على كل أن الأطفال المصابين بالحبسة لا تظهر عليهم أعراض الحبسة الإدراكية كالمبالغة في المثيرات الحسية أو تخفيفها وبذلك يقدرون على التواصل عن طريق الوضعيات الجسمية والتعبيرات الوجهية (التواصل غير اللفظي) وبما أن الطفل المصاب بالحبسة قد اكتسب اللغة وتعلم النطق فإنه نادراً ما يظهر ضعفاً في التواصل والقصد التواصلي، أو الترديد الببغاوي الذي يحدث عند التوحدي، وأخيراً فإن المعالجة اللغوية تختلف في التوحد عنها في الحبسة (محمد قاسم، ٢٠٠١).

٦- التوحد والصمت الاختياري Elective Mutism

و يتسم بفشل في استخدام الكلام والتواصل في بعض المواقف الاجتماعية بالرغم من استخدام الكلام في مواقف أخرى، وهذا الاضطراب يختلف عن التوحد لأنه أقل خلل في التفاعل الاجتماعي، وقد يكون له سبب نفسي Psycho Cause ولكن الطفل Mutism يصدر أنماط سلوكية مشابهة لاضطراب التوحد Autism وعادة ما يبدأ أو يظهر قبل سن ٥ سنوات (David, M.B & Peter D.H , 1998).

و يرى علاء كفافي أنه في الصمت الاختياري يكشف الطفل عن تملكه لمهارات الاتصال المناسبة في سياقات عديدة في الوقت الذي لا يكون لديه التضرر الشديد في التفاعل الاجتماعي والأنماط المحددة من السلوك التي نجدها في اضطراب التوحد (علاء الدين كفافي، ٢٠٠١).

كما يشير محمد قاسم إلى أن الطفل في حالة الصمت الانتقائي أو الاختياري يكون على وعي وإرادة كاملة في اختيار الصمت أو التحدث وأنه عادة ما يكون صمته المختار كاستجابة Response لبعض المواقف الأسرية الخاصة وغير المرغوبة في العائلة، مثل هؤلاء الأطفال يتحدثون بطلاقة في المواقف الأخرى (محمد قاسم، ٢٠٠١).

٨

الفصل الثامن

أساليب التدخل و البرامج التدريبية

الفصل الثامن
أساليب التدخل والبرامج التدريبية

تعتـــبر إعاقـــة التوحد من أكثر الإعاقات النمائية المنتشرة صعوبة وشدة من حيـــث تأثـــيرها علـــى ســـلوك الفـــرد الذي يعانى منها وقابليته للتعلم أو التنشئة الاجتماعـــية Socialization أو التدريب أو الإعداد المهني أو تحقيق أي قدر على العمل، أو درجـــه ولو بسيطة من الاستقـــلال الاجتماعي والاقتصادي Economic and Social Independent أو القدرة على حماية الذات، إلا بدرجة محدودة وبالنسبة لعدد محدود من الأطفال (عبدالرحمن سليمان، ٢٠٠٢).

وعلـــى الرغم من أنه قد تمت السيطرة على بعض الأمراض والاضطرابات الأخرى نتيجة تقدم التقنيات الطبية واستحداث الأمصال والعقاقير المضادة في وقتنا الحاضـــر لدرجة حالت بين شلل الأطفال والحمى الروماتزمية والدفتريا وبين منع الأطفـــال مـــن الحـــركة أو الإضـــرار بقلوبهم كما كان يحدث في الماضي إلا أن إعاقـــة الـــتوحد لـــم تجـــد العـــلاج الكافي الذي يوقف من غزوها لعقول أطفالنا (رمضان القذافي، ١٩٩٤).

لذلـــك ونظـــراً للصـــعوبات التـــي يعانى منها المصاب بإعاقة التوحد وعدم الوصـــول إلـــى علاج ناجح لها فإن أهداف التدخل Intervention Aims العلاجي تقتصر علي تخفيف الأعراض السلوكية وتعويض غياب المهارات الأساسية للحياة اليومـــية مثل التواصل ورعاية الذات وتحقيق قدر ولو محدود limited من التفاعل Interaction والـــنمو الاجتماعي Social Growth فضلا عن حاجة والدي الطفل وأســـرته للتوجـــيه الـــتربوي والإرشاد والتدريب على تقبل الأمر الواقع وأساليب الـــتعامل مـــع الطفل المصاب وإشباع حاجاته الذاتية الأساسية مما يستدعي علاجاً ذاتـــيا متواصلا لاستخدام العلاج السلوكي والتعليمي الذي ثبت نجاحهما في تخفيف آلام الأسرة وتدريبها على التعامل مع الحالة (عثمان فراج، ٢٠٠٢).

ويـــري Rutter تركـــيز الاهتمام علي التعلم بوجه عام وعلاج أوجه القصور المعرفـــي (واللغوي بوجه خاص، وأن تكون البرامج العلاجية موجهه نحو تعزيز النمو السوى (Bennett; Rogers, 1996).

وسوف يحاول الباحث فيما يلي عرض لأهم وسائل (طرق) التدخل المستخدمة في هذا الصدد:

التدخل النفسي Psycho Intervention

وتعـتمد طريقة العلاج هذه على فتراض أساسي في صياغات ماهلر النظرية حيـث ترى أن النمو النفسي يضطرب ويتوقف عن التقدم في حالة ما إذا لم يعش الطفـل حالـة مشبعة في مرحلة الطفولة المبكرة، وهكذا يصبح أول شرط لعلاجه بـناءا تدريجياً للاحتكاك مع الموضوع الإنساني، ولكن على نحو مشبع، مع توخي الحـرص فـي دفعـه للأمام كي يلتقط أول خيط يربطه بالعالم الخارجي، فالطفل الـتوحدي ينبغي أولا أن نخرجه من قوقعته التوحديه وذلك باستخدام فنيات علاجية تتضـمن أنشـطة إيقاعـية مـثل الموسـيقى، وكذلك استخدام أنشطة تستثير اللذة (إلهامي عبد العزيز، ١٩٩٩).

و قد اعتمد التدخل العلاجي والتربوي أساسا علي وجهة النظر هذه والتي كانت سـائدة حـول أسـباب Causes التوحد حيث كان يعتقد سابقاً بأنه اضطراب انفعالي يسـاهم الوالديـن فـيه مساهمة أساسية، وقد كان العلاج عن طريق التحليل النفسي Psycho Analysis هـو الأسلوب السائد حتى السبعينات وأن أحد الأهداف الأساسية للتحلـيل النفسي هو إنشاء علاقة قوية مع نموذج Model يمثل الأم المتساهلة المحبة علاقـة لـم تستطيع أم الطفل التوحدي أن تزوده بها وإن هذه العلاقة قد تأخذ سنوات حتى تتطور خلال عملية العلاج (عبد الرحيم بخيت، ١٩٩٩).

ويشمل هذا النوع من العلاج على مرحلتين:-

الأولـى: يقـوم المعـالج بـتزويد الطفـل بأكـبر قـدر ممكن من التدعيم Reinforcement وتقديـم الإشباع وتجنب الإحباط مع الفهم والثبات الانفعالي من قبل المعالج.

وفـي الثانـية: يركـز المعالج النفسي علي تطوير المهارات الاجتماعية كما تتضـمن هـذه المـرحلة التدريب علي تأجيل وإرجاء الإشباع والإرضاء (يوسف القريوتي وآخرون، ١٩٩٥).

و يؤكـد هذا المدخل علي ضرورة عزل الطفل من منزل أسرته وإدخاله إلى أحـد المصحات أو دور الرعاية ذات الإقامة الكاملة، ويقدم العلاج المناسب للطفل ثـم يـتم إعـداده للعودة إلى أسرته بالتدريج بعد إحداث تغيير في البيئة المحيطة بالطفل (O Gorman, 1970).

العلاج بالموسيقى Music Therapy

وفيه تستخدم الموسيقى كعلاج إضافي للعلاج الطبي النفسي والتأهيل ، وبرنامج

العـــلاج بالموســـيقي يـــتم تحت توجيه معالج متخصص، ومتدرب علي هذا النوع ويوفـــر تنوعاً من خبرات الاستماع والمشاركة تلائم حاجات المرضي، وتمثل هذه الخـــبرات فرصـــة للتواصـــل غير اللفظي، والخبرة المشتركة والتعبير الانفعالي والاســـترخاء والاســـتمتاع الذي يخلو من التهديد (جابر عبد الحميد وعلاء كفافي، ١٩٩٢ (ج٥)).

وقـــد بدأت هذه الطريقة تشق طريقها في علاج الأطفال المصابين بالتوحد في العقـــد الأخير، وفي العلاج بالموسيقى يخضع الطفل لجلسات من الموسيقي بشكل يومـــي مكـــثف وهـــناك مقطوعات موسيقية أعدت خصيصاً لهذا الغرض، يستمع إليها الطفل عبر سماعات ذات حساسية عالية، وقد ساهمت هذه الطريقة في علاج أطفـــال مصـــابين بالـــتوحد وســـاعدتهم علـــى التخلص من سلوكيات غير تكيفيه (نهلة غندور، ٢٠٠٠).

العلاج البيئي Environmental Therapy

يقـــوم هـــذا الـــنوع مـــن العلاج على تقديم برامج للطفل تعتمد على الجانب الاجتماعـــي عـــن طـــريق التشجيع والتعلم والتدريب على إقامة علاقات شخصية متـــبادلة مع المحيطين بالطفل التوحدي مما ينمي لديه مهارات التواصل الاجتماعي الناجح (زينب شقير، ٢٠٠٥- ب).

ويجـــب أن تتكامل كل النشاطات اليومية للطفل التوحدي مع العملية العلاجية بتغيـــير بيئته أو بخلق تعاون ومشاركة بين كل من الموجودين في المحيط اليومي لـــه، ولا يمكـــن تحقيق ذلك ووضع تخطيط سليم لنشاطاته إلا بوضعه في مستشفى وبذلـــك يخلق تعاونا بين الموجودين في المستشفى من مهنيين وغير مهنيين لإنجاح العملية العلاجية (عبدالمنعم الحفنى، ١٩٧٨).

ويشـــدد عدد من علماء النفس أمثال (ديمار، روتر، سكوبلر) علي أن التعليم الموجـــه هـــو العـــلاج المخـــتار للأطفال الذين يعانون من التوحد، وتعتبر طريقة التدريب على المهارات الاجتماعية والتدبير السلوكي من أهم استراتيجيات المعالجة المستعملة مع هؤلاء الأطفال، وقد دفعت هذه المقاربات العلاجية العلماء لمزيد من الاهـــتمام وبحـــث إمكانية تدريب وتعليم هؤلاء الأطفال وما إذا كانوا قابلين للتعلم وشـــدد الاتجـــاه التقلـــيدي على أن البيئة التعليمية Educational Environment المناسبة مهمة جداً لأنها تجعل الطفل قابلا للتعلم (محمد قاسم ،٢٠٠١).

التدخل الطبي Medical Intervention

أ - العلاج الدوائي (الكيميائي) Chemical Treatment

تشـــير فضـــيله الــــراوى وأيمن البلثة (١٩٩٩) إلى أنه بسبب عدم فهم طبيعة الأســباب الباثوفسيولوجية لإعاقة التوحد؛ فلا يوجد أدوية Drugs أو علاجا لشفاء هـــذه الإعاقة، فقط يمكن أن تعطي بعض الأدوية للأعراض المصاحبة للتوحد في حالـــة وجـــود مشـــكلات ســلوكية شديدة والتي لا تستجيب لعلاج تعديل السلوك Behavior Modification أو الـــبرامج التعليمية Educational Programs الموجهة وقد تعطي الأدوية كذلك عندما توجد أعراض Symptoms مصاحبة مثل الكآبة أو كثرة الحركة وعدم التركيز أو إيذاء الذات وغيره، كما توجد أيضا دلائل تشير إلى مساعدة استعمال الأدوية لبرامج تعديل السلوك واستجابة الطفل لها.

و بالنســبة إلى استخدام العقاقير الطبية، فلا بد من الفحص وعدم استخدام أي مـــنها إلا بموافقة ومعرفة الطبيب المختص والالتزام الدقيق بتعليماته من حيث نوع العقاقير المناسبة للحالة وحجم الجرعة ونوعيتها والمدة التي يستمر في تعاطيها هذا علما بأنه حتى الآن لا يوجد من تلك العقاقير ما هو فيه شفاء ناجح لحالات التوحد ولكن هناك فقط ما يخفف من حدة بعض الأعراض أو يساند أو يسهل عملية التعلم أو يحد من النشاط الزائد أو السلوك العدواني أو يهدئ من ثورات الغضب، أو من السلوكيات النمطية(عثمان فراج، ٢٠٠٢).

و يحدد نلسون وإسرائيل (١٩٩١) أهداف البرامج العلاجية المستخدمة لعلاج المصـــابين بالاضطراب التوحدي في التغلب علي الخلل البيولوجي، وذلك باستخدام العلاج الدوائي وخلق بيئة قادرة على تعزيز النمو السوي وعملية التعلم (Nelson, Israel, 1991)

و بالـــرغم من أن الأطفال التوحديين لديهم سمات فردية خاصة في تصرفاتهم وكذلـــك فـــي تجـــاوبهم للدواء وأكثرهم لا يساعدهم العلاج بالدواء إلا بنسبة قليلة (١٠-١٥%) يظهرون أنهم يستفيدون من العلاج بالأدوية (سميرة السعد، ١٩٩٨).

إلا أن بعـــض العلماء (كامبل، ١٩٩١) يروا أن العلاج الكيميائي أكثر فاعلية في تخفيف أعراض التوحد، ويشتمل على أدوية، فيتامينات، مضادات خمائر، ومن العقاقير التي تم استخدامها Antidopaminergic, Haloperidol في اختزال السلوكيات النمطـــية، حيـــث يـــرى بأن هذه العقاقير تفيد في تحسن القدرة علي الكلام إذا تم اســـتخدام العلاج السلوكي بجانب تناولها، إما عقار Fenfluramine فيختزل معدل الســـيرتونين فـــي الدم ويستخدم Amphetamines في خفض النشاط الزائد وزيادة

الانتبـاه و Phonothiozines لخفـض القلـق والعنف الزائد المرتبط بإيذاء النفس (Campbell, et al, 1991).

و يرى عثمان فراج (٢٠٠٢) أن عند استخدام عقار Haloperidol (Haldol) لا بـد مـن مشـورة الطبيب المختص ليس فقط في بدء استخدامه ولكن أيضا في حالات التوقف أو إنهاء استخدامه وينطبق ذلك أيضا علي استعمال Ritalin لخفض النشـاط الـزائد ومـن تلـك العقاقـير أيضا Nadohal Naltroxone (Trexan) Lithium (Eskalith) الـذي يخفـض مـن حدة السلوك العدواني أو إيذاء الذات Tofrenil الذي يستخدم كمهدئ للخلايا المستقبلة في الخ (Zingarelli, 1992).

وقـد استخدم فيتامين B6/Magnesium مع حالات التوحد بصفة عامة لما له من مضاعفات محدودة جداً وفاعلية إلى حد ما في تحسن الحالات (Sahakian, et. al, 1986).

ويشـير محمد قاسم (٢٠٠١) إلى أن مضادات الدوبامين DA-blockers مثل المقلدات العصبية Neuro leptics أو المهدئات الكبرى Major Tranquilizers قد ثبـت فعاليتها في معالجة مظاهر التوحد وفى الواقع فإن بعض الأعراض الرئيسية لاضـطراب الـتوحد مـثل الطقوسـية أو النمطية والنشاط الزائد قد تم تحرضها وإحداثهـا عند الحيوانات بعد إعطائها كمية زائدة من الدوبامين مما أدى للافتراض بـأن العصـبونات الدوبامينية المركزية قد تكون مرتفعة النشاط Overactive عند المصابين بالتوحد.

و يحـذر عثمان فراج الآباء أو أفراد الأسرة من استخدام أي من تلك العقاقير بـدون موافقة الطبيب المختص، فإن في ذلك خطورة علي الفرد المصاب وفضلا عـن أي نجاح أي عقار طبي مع إحدى الحالات، لا يعني بالضرورة نجاح تأثيره مع حالة أخرى، كما أن علينا أن نراعى الحذر من إعطاء طفل التوحد أدوية كثيرة أو بكمـيات كبيرة فقد تكون في ذلك خطورة عليه، كما أن استخدام أكثر من عقار طبـي فـي وقـت واحد قد يجعل من الصعب تقييم فوائد فاعليته في علاج كيمياء الجسـم أو سـد احتياجاته الحيوية وعموما فإنه حتى عند اكتشاف فاعلية أي عقار يسـتخدم ويحقق الفائدة المرجوة منه علينا استخدام أقل جرعة ممكنة، فالزيادة عن الحد المؤثر قد تصبح ذات تأثير عكسي ضار (عثمان فراج، ٢٠٠٢).

بالإضـافة إلـى أنه لم يثبت أن استخدام العلاج الدوائي للتوحد قد حقق نجاحاً فـي القضـاء علي المرض، فبعض العلاجات الدوائية تحمل خطر تدمير الجهاز العصـبي، أو أعضـاء داخلية أخرى مثل الكبد، والجهاز العصبي لدى الأشخاص

التوحديين يكون شديد الحساسية، وبعض هؤلاء الأشخاص قد يتطلب علاج دوائي بجرعة أقل من الشخص ذو الجهاز العصبي السليم (الطبيعي) وهناك تفاوت من شخص إلى أخر؛ المبدأ الأساسي هو موازنة الفوائد مع الأخطار، واستعمال تقييم حيادي مع جميع أنواع العلاج الدوائي التي تستعمل من اجل تحسين سلوك الطفل (Grenadine, 1998 في عمر خليل، ٢٠٠١ (ع٩)).

ب- العلاج بالصدمات الكهربائية

في بعض الأحيان يكون استخدام الصدمات الكهربية مفيد بشرط أن يكون مركزاً ولفترات طويلة بمعدل أربع أو خمس جلسات في الأسبوع الواحد لمدة أربع أو خمس أسابيع ويذكر اوجرمان أنه استخدم هذا النوع خلال ممارسته لعلاج حالات التوحد فقط في الأطوار الأكثر حدة لدي المراهقين (O Gorman, 1970)

ج- الرجيم (الحمية الغذائية)

وفي هذا الإجراء يعطى الطفل المصاب بالتوحد حميه أو نظام غذائي خاص يحتوي على أطعمة خالية من مشتقات الحليب والقمح، وقد أظهر هذا النظام فائدة في تخفيف أعراض التوحد خاصة السلوكية منها (نهله غندور، ٢٠٠٠).

ويؤيد هذا الاتجاه العلاجي ياسر الفهد (٢٠٠٠) حيث يرى أننا نستطيع تصور كيفية علاج الأمعاء المرشحة، ربما يفضل بعض أولياء أمور أطفال التوحد وضعهم تحت نظام غذائي خالي من الجلوتين (البروتين الموجود في القمح والشعير) والكازين (البروتين الأساسي في الحليب ومشتقاته) وبعض الآباء الذين جربوا النظام الغذائي أشاروا إلى نجاح جيد، ويمكن عمل تحليل بولي للتأكد من نسبة البيتايد إذا كانت عالية، ويوضح التحليل ما إذا كانت هناك على الأقل حاجة لتجربة النظام الغذائي الخالي من الجلوتين والكازين.

التدخل السلوكي Behavior Therapy (تعديل السلوك Behavior Modification)

تعتبر البرامج التدريبية ذات أهمية كبيرة بالنسبة لهؤلاء الأطفال حيث يمكن من خلال مثل هذه البرامج تنمية مهاراتهم واستعدادهم للتعليم، فيمكن علي سبيل المثال Instance أن يتعلم الطفل من خلال أحد هذه البرامج أن يجلس على الكرسى، أو يحضر تلك الأدوات اللازمة لأداء مهم معينة أو يستخدم التواليت ويعد تنمية مثل هذه المهارات أمرا ضروريا لإعداد الطفل لتلقى برامج أخرى، إذا تؤدي

كما ترى سكريبمان وكوجل (١٩٩٦) Schreibman & koegel إلى مساعدة الطفل بدرجة كبيرة في تلقى البرامج التالية التي تعد بمثابة برامج متقدمة، ويرى نيوسوم (١٩٩٨) Newsom أن غالبية البرامج التي يتم تقديمها للأطفال التوحديين في الوقت الراهن تعتمد على إجراءات تعديل السلوك إلى جانب تدريب الوالدين (عادل عبد الله، ٢٠٠٢- ب).

وهناك مسألة أخرى في سبيل رعاية هؤلاء الأطفال بدأت بعض الدول في أوروبا وأمريكا تأخذ بها ويتمثل ذلك في إمكانية دمج Mainstreaming هؤلاء الأطفال مع أقرانهم العاديين بالمدارس، كما هو الحال بالنسبة للمتخلفين عقلياً، وهذا الدمج بطبيعة الحال لا يمكن أن يكون دمجا كليا ولكن يكون دمجاً جزئياً وخاصة في حصص النشاط، ويرى زيجموند وبيكر (١٩٩٥) Zigmond & Baker أن دمج هؤلاء الأطفال مع أقرانهم العاديين ووضعهم في نفس المواقف معهم يعد أفضل من وضعهم في فصول أو مدارس خاصة بهم، ويضيف ميسيبوف وشيا (١٩٩٦) Mesibov & Shea أن دمجهم مع أقرانهم العاديين بالفصل يحقق العديد من الانعكاسات الإيجابية التي يمكن أن تعود بالفائدة المرجوة عليهم، والتي يمكن أن تسهم في تحقيق العديد من الأهداف التي نسعى إلى تحقيقها في هذا الصدد (عادل عبد الله، ٢٠٠٤-ب).

و يشير تشارلوب ومبيلستين (١٩٨٩) إلى أن النمذجة Modeling استخدمت لتعليم الأطفال التوحديين مهارات المحادثة، كما توصلا إلى أن نموذج الفيديو يعتبر وسيلة ملائمة لتعليم المراهقين التوحديين مهارات المحادثة، مهارات الشراء والتعميم Centralization (Charlop, Milstein, 1989).

واستخدم كرانتز وماك كلانهان منهج الكتابة المتلاشية لتعليم الأطفال التوحديين بدء التفاعل مع الأقران من خلال تعليمهم الاستجابة على الألفاظ والحركات المكتوبة الخاصة بموقفين من مسرحية درامية هما: مطعم هامبورجر، محل حلاق وكان المدرب يشجع الأطفال على أن يفعلوا أو يقولوا محتويات الكتابة مثل (أنا أريد هامبورجر) وتوصل الباحثان إلى أن التدريب علي الأشياء المكتوبة عمل إلى نقصان الحاجة للتدعيم والتشجيع الزائد وأظهر الأطفال المتدربين استجابات اجتماعية مرتبطة بالموضوع (krantz, McChnnahan , 1993).

وتقوم فكرة تعديل السلوك على مكافأة السلوك الجيد أو المطلوب بشكل منتظم مع تجاهل مظاهر السلوك الأخرى غير المناسبة وذلك في محاولة للسيطرة على

السلوك الفوضوي لدي الطفل، وترجع أسباب اختيار العلاج السلوكي للتخفيف من حدة إعاقة التوحد إلى عدة أسباب يشير إليها (رمضان القذافي) على النحو التالي:

١- أنه أسلوب علاجي مبنى على مبادئ يمكن أن يتعلمها الناس من غير المتخصصين المهنيين وأن يطبقوها بشكل سليم بعد تدريب وأعداد لا يستغرقان وقتاً طويلاً.
٢- أنه أسلوب يمكن قياس تأثيره بشكل عملي واضح دون عناء كبير أو تأثر بالعوامل الشخصية التي غالبا ما تتدخل في نتائج القياس.
٣- أنه نظرا لعدم وجود اتفاق على أسباب حدوث التوحد، فإن هذا الأسلوب لا يعير اهتماما للأسباب، وإنما يهتم بالظاهرة ذاتها دون تعرض لاختلافات العلماء حول أصل نشأتها.
٤- أنه أسلوب يضمن نظام ثابت لإثابة ومكافأة Reward السلوك الذي يهدف إلى تكوين وحدات استجابية صغيرة متتالية تدريجيا عن طريق استخدام معززات قوية.
٥- أنه ثبت من الخبرات العلمية السابقة نجاح هذا الأسلوب في تعديل السلوك بشرط فعالية جميع متطلباته وتوفر الدقة في التطبيق (رمضان القذاقي، ١٩٩٤)

برامج التدخل العلاجي والتأهيلي لأطفال التوحد

من أشهر الطرق والبرامج العلاجية والتربوية التي قدمت لفئة الأطفال ذوي التوحد ومن يعانون من إعاقات التواصل والتي نالت شهره عالمية وتستخدم على نطاق واسع:

برنامج العلاج بالحياة اليومية Daily life therapy

وهو نموذج ياباني قدمته كيتاهارا (١٩٦٤) kitahara من خلال افتتاح مدرسة خاصة في طوكيو لهؤلاء الأطفال وطبقت فيه هذا البرنامج العلاجي وهو منهج تربوي Educational Curriculum يعتمد على إتاحة الفرصة لهؤلاء الأطفال للاحتكاك مع أقرانهم من الأطفال العاديين، وقد طبق هذا البرنامج في مدرسة خاصة للأطفال ذوي التوحد سميت مدرسة هيجاشي Higashi في ولاية بوسطن بأمريكا (١٩٨٧) وفي مدرسة للتربية الخاصة في كندا (إسماعيل بدر، ١٩٩٧).

ويقوم هذا البرنامج العلاجي على مبادئ أساسية هي:-

١- التعليم الموجه للمجموعة Group-Oriented Instruction.

٢- تعليم الأنشطة الروتينية اليومية Highly Structured Routine Activities.
٣- التعليم بالتقليد learning Through Imitation.
٤- تقليل مستويات النشاط غير الهادف بالتدريب الصارم (القاس) Reduction of Unproductive Activity Levels Through Rigorous Exercise.
٥- المنهج الذي يركز علي الموسيقي والرسم والألعاب الرياضية (الحركة) Curriculum Based on Music , Art and Movement (Quill, et. al, 1989).

برنامج دينفر للعلوم الصحية The Denver Health Sciences (DHSCP) Center program

وقد نشر هذا البرنامج عام (١٩٨١) في جامعة كولورادو من إعداد Rogers وآخرون ويعتمد أساسا على اللعب وتكوين علاقات اجتماعية وتنمية لغة التفاعل الاجتماعي والتفكير الرمزي.

برنامج الاستجابة المحورية Pivotal Response

من وضع Kaegel; dk سنة ١٩٩٥ وبعكس برنامج لوفاس الذى يركز على تنمية مئات المهارات فإن هذا البرنامج يهتم بعدد محدود من المهارات المحورية التي تقود إلى أنواع من التعميم وهو لا يقدم برنامج معين كغيره من برامج التعليم لأطفال التوحد ولكن يؤكد أهمية أسلوب التدريس الذي يمهد للطفل اكتساب المهارات الاجتماعية واللغوية معطياً اهتماما خاصا باكتساب القدرة علي الانتباه والتركيز التي هي من أكثر نواحي القصور في مهارات طفل التوحد وعلى تنمية الدافعية وحوافز التعلم.

برنامج ايدن Eden Program

يعتمد هذا البرنامج علي تحقيق التكامل بين تنمية المجموعة الأساسية من المهارات الحياتية والأكاديمية مع تنمية التفاعل والعلاقات الاجتماعية كأساس الأنشطة التعليمية في تعاون وتكاتف مع أسرة الطفل، وقد بدأ استخدام هذا البرنامج عام ١٩٧٥ في مدرسة نهارية عرفت باسم معهد ايدن في ولاية نيوجرسي الأمريكية تكرس خدماته لأطفال التوحد وأسرهم، وفي عام ١٩٨٣ أعلن عن إنشاء مؤسسة ايدن لتمويل المشروع عن طريق التبرعات والاستثمارات المحلية ويستهدف البرنامج تدريب الطفل ودعم نمو قدراته الجسمية والتعليمية إلى أقصى حد ممكن بحيث يحقق أكبر قدر من الاستقلالية Independent والاعتماد على

الـنفس Self Care فـي حـياته في المجتمع والاستمتاع بحقوقه كمواطن (عثمان فراج، ٢٠٠٢، (ع ٧٢)).

بـرنامج لوفاس (١٩٨٧) الطفل التوحدي الصغير Ucl , young Autistic Program (YAP)

وهو برنامج قائم على التدخل السلوكي المكثف مبكرا للأطفال التوحديين لمدة ٤٠ سـاعة فـي الأسبوع ويمتد من سنتين إلى ثلاثة سنوات، ويركز هذا البرنامج علـى أهمـية السـاعات الأولى للعلاج لإقامة العلاقة الإيجابية التي تسمح بتنفيذ البرنامج بنجاح ويؤكد على المعالج أن يضمن أن الطفل سوف ينجح في تحقيق ما يطلـب مـنه، بمعـنى أن نعرف قدرته جيدا ثم نحدد ما يطلب منه وتقليل فرص الخطـأ بـأن تكـون المهمة المطلوبة بسيطة بحيث يستحيل الفشل فيها مع مكافأته عندما ينجح في أداء ما يطلب منه (lovaas. O, lvar & Buch Gregory, 1997).

برنامج معالجة وتعليم أطفال التوحد (TEACH) Treatment and Education of Autistic and Related communication Handicapped children

وهـو الـبرنامج الـذي أعـده سكوبلر Schopler منذ أوائل سبعينات القرن الماضـي لمسـاعدة الطفل على تحقيق قدر مناسب من التوافق عن طريق تحسين مهارات الطفل وإعطاء الأولوية للعلاج المعرفي السلوكي Behavior Cognition والاهتمام بالوسائل والمثيرات البصرية Visual.

برنامج خبرات التعليم Learning Experience (LEAP)

و يـتم تقديمـه لأطفـال التوحد في مرحلة ما قبل المدرسة Preschool وهو كـبرنامج يشبه برنامج لوفاز باستثناء استخدامه مع مجموعة صغيرة من الأطفال وليس على أساس فردي مثل برنامج لوفاز.

برنامج تحقيق التواصل بنظام تبادل الصور (PECS) Picture Exchange Communication System (Bondy frost 1994)

و يعـد مـن أوسـع البرامج الحديثة انتشارا والذي أعده بوندي فروست عام ١٩٩٤ Bondy Frost للأطفال التوحديين الذين يعانون من قصور لغوي حيث يبدأ التواصـل عـن طـريق تـبادل صور تمثل ما يرغب فيه المدرس أو الوالد الذي يتواصـل معه، ويعمل على تحقيق رغباته بعد أن يحضر الصورة التي تتضمن ما يريد أن يفعل.

جداول النشاط المصورة Pictorial Activity schedule

و تمـــثل أحـــدث الاستراتيجيات المستخدمة في هذا الصدد وهي مجموعة من الألـــبومات المصـــورة للأنشطة اليومية التي يستطيع الطفل من خلالها تعلم المهام والمهـــارات الاستقلالية والاجتماعية في ضوء إجراءات منظمة ومخططة (Mac Duff, et. al, 1993).

ويـــأخذ كل منها شكل كتيب صغير يتضمن مجموعة من الصور أو الكلمات التـــي تشير للطفل بالانغماس في سلسلة من الأنشطة بهدف التمكن من أداء المهام والأنشـــطة، ومـــن ثم الحصول على المعززات Reinforcement بدون الاعتماد علـــى التوجـــيه أو التلقين من الوالد أو المعلم، Independence وقد يكون الجدول مفصلا، فيقسم المهمة إلى أجزاء مستقلة، وقد يكون بسيطا حيث يشمل على صورة أو رمز لأداء المهمة كاملة (McClannhan & Krantz , 1999).

وقـــد تم وضعها وتصميمها في الأساس كي تستخدم مع الأطفال التوحديين حتى يتم من خلالها تعليمهم السلوك الاستقلالي، الاختيار، والتفاعل الاجتماعي على أن يتم قـــبل البدء في استخدامها معهم تعليمهم المهارات الأساسية التي يتطلبها استخدام هذه الجداول ويعد هذا الموضوع حديثاً علي بيئتنا العربية (عادل عبدالله، ٢٠٠٢- ب).

ونظـــراً لتنوع أعراض التوحد فإنه لا يوجد منهج واحد بعينه يصلح للتعامل مـــع جمـــيع الحـــالات ولذلك يمكن استخدام بعض أنواع العلاج السلوكي وتعديل السـلوك وكذلـــك مناهج علاج الكلام أو علاج اللغة وتحقيق التكامل في الإدراك الحســـي أو فى إحساس المريض وكذلك علاج الرؤية Vision Therapy والعلاج بالموســـيقى Music Therapy والتدريب السمعي والعلاج الدوائي والعلاج الغذائي (عبدالرحمن العيسوي، ١٩٩٩).

المراجـــع

المراجـــع

أولا: المراجع العربية :

١- إبراهــيم مدكور (١٩٧٥): معجم العلوم الاجتماعية، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب.

٢- أحمــد ذكي بدوي (١٩٨٢): معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، مكتبة لبنان بيروت.

٣- أحمــد عكاشــة (١٩٩٢): الطــب النفسي المعاصر(طــ ٨)، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

٤- أرنــوف ويتنج (١٩٧١): "مقدمة في علم النفس" ترجمة عادل الأشول، محمد عــبدالغفار، نبيل حافظ، عبدالعزيز الشخص "مراجعة عبدالسلام عبدالغفار"، القاهرة، دار ماكجروهيل للنشر.

٥- إســماعيل محمــد بدر (١٩٩٧): مدى فعالية العلاج بالحياة اليومية في تحسن حــالات الأطفــال ذوي الــتوحد، المؤتمر الدولي الرابع لمركز الإرشــاد النفسي بجامعة عين شمس، ٢-١٢/٤، المجلد الثانــي ص٧٢٧-٧٥٦.

٦- إلهامــي عــبدالعزيز (١٩٩٩): الذاتويــة لدي الأطفال، مراجعة نقدية ضمن متطلــبات الترقــية لدرجــة أستاذ في علم النفس، اللجنة العلمية الدائمة للترقيات بالمجلس الأعلى للجامعات.

٧- بــول موسن، جون كونجر وجيروم كاجان (١٩٩٣): أسس سيكولوجية الطفولة والمراهقة، ترجمة عبدالعزيز سلامة طــ٢، الكويت، مكتبة الفلاح.

٨- جابــر عبدالحمــيد وعــلاء الديــن كفافي (١٩٨٨): معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الأول، القاهرة، دار النهضة العربية.

٩- ــــــــــــــــــ (١٩٩٠): معجــم علم النفس والطب النفسي، الجزء الثالث، القاهرة، دار النهضة العربية.

١٠- ــــــــــــــــــ (١٩٩٢): معجــم علم النفس والطب النفسي، الجزء الخامس، القاهرة، دار النهضة العربية.

١١- حســن مصــطفي عبدالمعطــي (٢٠٠١): الاضطرابات النفسية في الطفولة والمــراهقة (الأساليب - التشخيص- العلاج) موسوعة علم النفس العيادي (٤)، القاهرة، دار القاهرة للنشر.

١٢- دومنـيك تومـى مارتـان (١٩٩٣): رعاية الأطفال الذهانيين، ورشة عمل الأوتيزم، القاهرة، مركز سيتي، ديسمبر، ص١٠٨-١١٨.
١٣- رمضان محمد القذافي (١٩٩٣): سيكولوجية الإعاقة، طرابلس، الدار العربية للكتاب.
١٤- ريتشـارد. م سـوين (١٩٧٩): علم الأمراض النفسية والعقلية، ترجمة أحمد عبدالعزيز سلامة القاهرة، دار النهضة العربية.
١٥- زينـب محمـود شـقير (١٩٩٩): سيكولوجية الفئـات الخاصة والمعوقين القاهرة، مكتبة النهضة العربية.
١٦- ـــــــــــ (٢٠٠٤): نداء من الابن المعاق، المجلد الأول ط٢ القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.
١٧- ـــــــــــ (٢٠٠٥- أ): خدمات ذوي الاحتياجات الخاصة (الدمج الشـامل- التدخل المبكر- التأهيل المتكامل)، المجلد الثالث ط٢ ،القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.
١٨- ـــــــــــ (٢٠٠٥-ب): علمـوا أبناءكـم المعاقـون عقليا وتـربويا (الـتخلف العقلي- صعوبات التعلم- التأخر الدراسي- التوحد)، المجلد السادس، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.
١٩- سميرة عبداللطيف السعد (١٩٩٢): معاناتي والتوحد، الكويت، ذات السلاسل.
٢٠- ـــــــــــ (١٩٩٨): برنامج متكامل لخدمات إعاقة التوحد في الوطـن العربـي، المؤتمـر القومي السابع لإتحاد هيئات الفئات الخاصة والمعوقين بالقاهرة، ديسمبر، ص١٨٥-٢٤٠.
٢١- سـهام علـي عـبدالغفار (١٩٩٩): فعالية برنامج أرشادي للأسرة وبرنامج التدريـب علـى المهـارات، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة طنطا (كفر الشيخ).
٢٢- سـهى أحمـد أميـن (٢٠٠١): مدى فاعلية برنامج علاجي لتنمية الاتصال اللغـوي لـدي بعـض الأطفال التوحديين، رسالة دكتوراه غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عبن شمس.
٢٣- شـاكر عطـية قنديل (١٩٩٦): الاستجابات الانفعالية السلبية لآباء الأطفال المعاقيـن عقلـيـا ومسـئولية المرشد النفسي (دراسة تحليلية) المؤتمر الدولي الثالث لمركز الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس، ص ٦٢٥-٦٤٣.

٢٤- شـــاكر عطية قنديل (٢٠٠٠): إعاقة التوحد: طبيعتها وخصائصها، المؤتمر السنوي لكلية التربية، جامعة المنصورة ص ٤٥-١٠٠.
٢٥- عـــادل عـــبدالله محمد (٢٠٠٢- أ): الأطفال التوحديين، دراسات تشخيصية وبرامجية،القاهرة، دار الرشاد.
٢٦- ـــــــــــــ (٢٠٠٢- ب): جـــداول النشـــاط المصـــورة للأطفال التوحديين وإمكانية استخدامها مع الأطفال المعاقين عقليا، القاهرة دار الرشاد.
٢٧- ـــــــــــــ (٢٠٠٤- أ): الإعاقات الحسية، القاهرة، دار الرشاد.
٢٨- ـــــــــــــ (٢٠٠٤- ب): الإعاقات العقلية، القاهرة، دار الرشاد.
٢٩- عـــادل عزالدين الأشول (١٩٨٧): موسوعة التربية الخاصة، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
٣٠- عبدالرحمـــن العيسوي (١٩٩٠): باثولوجيا النفس- دراسة في الاضطرابات العقلـــية والنفسية مع قاموس عربي/ انجليزي للمصطلحات الفنية دار الفكر الجامعي، الإسكندرية.
٣١- ـــــــــــــ (١٩٩٩): فـــن الإرشاد والعلاج النفسي، بيروت، دار الراتب الجامعية.
٣٢- عبدالرحمـــن ســـيد ســـليمان (٢٠٠٢): إعاقة التوحد طـــ ٢، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.
٣٣- عبدالرحـــيم بخيت عبدالرحيم (١٩٩٩): الطفل التوحدي (القياس والتشخيص الفارق)، المؤتمر الدولي السادس لمركز الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس، ١٠-١٢/١١ ص ٢٢٧-٢٤٥.
٣٤- عبدالعزيز السيد الشخص (٢٠٠٣): برامج تدريبية لإعداد متخصصين للعمل في مجال التوحد الطفولي، محاضرات الدورة التدريبية في التوحد الطفولـــي في الفترة من ١٠/٧ إلى ١١/٨، مركز الإرشاد النفسي جامعة عين شمس، القاهرة، ص ٢٦- ٣٠.
٣٥- عـــبدالعزيز الشخص وعبدالعفار الدماطي (١٩٩٢): قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
٣٦- عبدالمـــنان ملا معمور (١٩٩٧): فعالية برنامج سلوكي تدريبي في تخفيض حـــدة أعـــراض اضـــطراب الأطفال التوحديين، المؤتمر الدولي

الــرابع لمركــز الإرشـــاد النفسي بجامعة عين شمس، ٢-١٢/٤
المجلد الأول ص ٤٣٧-٤٦٠.

٣٧- عبدالمــنعم الحفنــي (١٩٧٨): موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، القاهرة مكتبة مدبولي.

٣٨- عــثمان لبيب فراج (١٩٩٤): إعاقة التوحد أو الاجترار(١)، النشرة الدورية لإتحـــاد هيــئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، القاهرة، العدد (٤٠)، ص ٢-٨.

٣٩- ــــــــــــــ (١٩٩٥): إعاقة التوحد أو الاجترار(٢)، النشرة الدورية لإتحـــاد هيــئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، القاهرة، العدد (٤١)، ص ٢-٨.

٤٠- ــــــــــــــ (١٩٩٦): إعاقة التوحد أو الاجترار(٦)، النشرة الدورية لإتحـــاد هيــئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، القاهرة، العدد (٤٥)، ص ٢-١٨.

٤١- ــــــــــــــ (١٩٩٦): إعاقة التوحد أو الاجترار(٧)، النشرة الدورية لإتحـــاد هيــئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، القاهرة، العدد (٤٦)، ص ٢- ١٦.

٤٢- ــــــــــــــ (٢٠٠٠): مــن إعاقـــات النمو الشامل، النشرة الدورية لإتحـــاد هيــئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بالقاهرة، العدد (٦٢)، ص ٢-١٥.

٤٣- ــــــــــــــ (٢٠٠١): من إعاقات النمو الشامل (٤)، النشرة الدورية لإتحـــاد هيــئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، القاهرة، العدد (٦٦)، ص ٢-١٧.

٤٤- ــــــــــــــ (٢٠٠٢): بــرامج الــتدخل العلاجي والتأهيلي لأطفال الــتوحد (٥)، النشرة الدورية لإتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، القاهرة، العدد(٧٢)، ص٢-١٣.

٤٥- ــــــــــــــ (٢٠٠٢): الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة، القاهرة المجلس العربي للطفولة والتنمية.

٤٦- ــــــــــــــ (٢٠٠٣): العوامــل المسببة لإعاقة التوحد (١)، النشرة الدورية لإتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، القاهرة، العدد (٧٣)، ص ٢-٢١.

٤٧- علاء الدين كفافي (٢٠٠١): تشخيص الاضطراب الاجتراري، القاهرة، مجلة علم النفس، العدد (٥٩)، ص٦-١٥.
٤٨- عمر بن الخطاب خليل (١٩٩٤): خصائص أداء الأطفال المصابين بالتوحدية علـــى اســـتخبار أيزنك لشخصية الأطفال، مجلة معوقات الطفولة جامعة الأزهر، المجلد الثالث، العدد الأول أبريل، ص ٦٣-٧٢.
٤٩- ـــــــــــــــ (٢٠٠١): الأساليب الفعالة في علاج التوحد، مجلة معوقات الطفولة، جامعة الأزهر، العدد (٩)، مايو، ص ١٧-٧٢.
٥٠- عطـــيات عبدالحميد ناشد، عبدالفتاح عثمان عبدالصمد وثريا محمود خطاب (١٩٦٩): الـــرعاية الاجتماعية للمعوقين، مكتبة الأنجلو المصرية القاهرة.
٥١- فاخر عاقل (١٩٨٨): معجم علم النفس، بيروت، دار القلم للملايين.
٥٢- فـــاروق محمـــد صادق (٢٠٠٤): حقوق الإنسان ذوي الاحتياجات الخاصة وأهـــم المآخذ القيمية في بناء وتنفيذ الخدمات والبرامج، المؤتمر العلمـــي الثاني لمركز رعاية وتنمية الطفولة بجامعة المنصورة، ٢٤-٢٥/٣، المجلد الثاني، ص ٧٠١-٧٢١.
٥٣- فتحـــي الســـيد عبدالرحـــيم (١٩٩٠): ســـيكولوجية الأطفـــال غير العاديين اســـتراتيجيات التربـــية الخاصـــة، الجزء الثاني، الطبعة الرابعة الكويت، دار القلم.
٥٤- فرج عبدالقادر (١٩٩٣): موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، القاهرة، دار سعاد الصباح.
٥٥- فرنســـيس ماكيدا (١٩٩٣): الأوتيستيك، ثقافته ولغته، وقائع ورشة عمل عن الأوتيزم، مركز سيتي، القاهرة، ديسمبر، ص ٧٩-٨٥.
٥٦- فضيلة الراوي وأيمن البلثة (١٩٩٩): التوحد، مجلة الحياة، قطر، العدد (١٣).
٥٧- كريســـتين مايلـــز (١٩٩٤): التربـــية الخاصة، دليل تعليم الأطفال المعوقين عقلـــيا، تـــرجمة عفـــيف الرزاز، عمان، ورشة الموارد العربية للرعاية الصحية وتنمية المجتمع.
٥٨- كمال إبراهيم مرسي (١٩٩٦): مرجع في التخلف العقلي، القاهرة، دار النشر للجامعات المصرية.
٥٩- كمـــال دســـوقي (١٩٨٨): ذخيرة علوم النفس، المجلد الأول، القاهرة، الدار الدولية للنشر والتوزيع.

٦٠- لطفي الشريني (٢٠٠٠): أساليب جديدة لعلاج حالات التوحد، القاهرة، مجلة النفس المطمئنة، السنة الخامسة عشر، العدد (٦٢).
٦١- لويس كامل مليكة (١٩٩٨): الإعاقات العقلية والاضطرابات الارتقائية القاهرة، مكتبة النهضة العربية.
٦٢- محمد أنور عشيش (١٩٩٣): الذهان عند الطفل ورشة عمل عن الأوتيزم مركز سيتي، القاهرة، ديسمبر، ص ٤٠-٥٢.
٦٣- محمد حسيب الدفراوي (١٩٩٣): الخدمات المختلفة التي تقدم للطفل التوحدي في مصر، ورشة عمل عن الأوتيزم، مركز سيتي، ديسمبر، ص ١٠٢-١٠٧.
٦٤- محمد شعلان (١٩٧٩): الاضطرابات النفسية في الأطفال، الجزء الثاني القاهرة، الجهاز المركزي، للكتب الجامعية.
٦٥- محمد صبري وهبة (٢٠٠٤): الأطفال ذوو التوحد واضطراب الدمج الحسي، المؤتمر العلمي الثاني لمركز رعاية وتنمية الطفولة بجامعة المنصورة، ٢٤-٣/٢٥، المجلد الثاني، ص ١٠٤٣-١٠٥١.
٦٦- محمد علي كامل (١٩٩٨): من هم ذوي الأوتيزم وكيف نعدهم للنضج القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.
٦٧- محمد قاسم عبدالله (٢٠٠١): الانطواء حول الذات ومعالجته (اتجاهات حديثة)، عمان، دار الفكر العربي للطباعة والنشر.
٦٨- محمود عبدالرحمن حمودة (١٩٩١): الطفولة والمراهقة (المشكلات النفسية والعلاج)، القاهرة، المطبعة الفنية الحديثة.
٦٩- نادية إبراهيم أبوالسعود (١٩٩٧): الاضطراب التوحدي لدي الأطفال وعلاقته بالضغوط الوالدية، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
٧٠- ـــــــــــــــ (٢٠٠٢): فعالية استخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي في تنمية الانفعالات والعواطف لدي الأطفال المصابين بالتوحدية وآبائهم، رسالة دكتوراه غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
٧١- نهلة غندور (٢٠٠٠): كيف نواجه التعقيدات الملحة لدي الطفل التوحدي الرياض، مجلة عالم الإعاقة، السنة الثالثة، العدد (١٧).

٧٢- نيفيـن مصـطفى زيور (١٩٨٨): الأمراض النفسية لدي الطفل والمراهـق بدون ناشر، القاهرة.

٧٣- ياسـر بن محمود الفهد (٢٠٠٠): استخدام حمية الغذاء الخالي من الجلوتين والكازيـن لمسـاعدة أطفال التوحد، الرياض، مجلة عالم الإعاقة السنة الثالثة، العدد (١٥).

٧٤- يوسف القريوتي، عبدالعزيز السرطاوي وجميل الصمادي (١٩٩٥): المدخل إلى التربية الخاصة، الإمارات العربية المتحدة، دار القلم.

ثانيا: المراجع الأجنبية References :

75- Aarons, M. & Gittens, T. (1992): The handbook of autism: A guide for parents and professionals. Lorna Wing, British Library, London, PP. 59-62.

76- Aarons, M. & Gittens, T. (1993): The handbook of autism: A guide for parents and professionals. Lorna Wing, New York, P. 11.

77- Alcentara, P.(1994): Effects of videotape instructional package on purchasing skills of children with autism, journal of exceptional children, vol (61), No(1), PP.4-55.

78- Allen, M.H. ; Lincoln, A.J. ; Kaufman, A.S.(1991): Sequential and simultaneous processing abilities of high functioning autistic and language, Journal of Autism Developmental Disorder, vol. (21),No(4),PP.483-502.

79- American Psychiatric Association (1987): Diagnostic and statistical manual of mental disorder. 3th ed., DSM-III-R, Washington, D.C, Author.

80- American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and statistical manual of mental disorder. 4th ed., DSM-IV, Washington, D.C, Auther.

81- Autism Society of America (1999): Autism an introduction. Com from the net http: // www. Autism Society. org.

82- Bailey, A.; Bolton, P.; Butler, L.; Murphy, M.: (1993): Prevalence of the fragile anomaly amongst autistic twins and singletons,

Journal of Child Psychology and Psychiatry, vol(34), No(5), PP.673-688.

83- Bailey, A. ; Phelips, W. ; Rutter, M.(1996): Autism: Towards an integration of clinical genetic and purr biological perspective, Journal of Child Psychology and Psychiatry, vol(37), PP.89-126.

84- Bauer, S.(1995): Autism and pervasive developmental disorder, pediatrics in Review, 16, PP.130-136, 168-176.

85- Benntto, L. ; Rogers, S. (1996): autism spectrum disorders in Jacobson, J.L & Jacobson, A.M. (Eds) psychiatric secrets. New York. Hanley and Belfus. Inc.

86- Biklen, D. (1993): communication unbound: How facilitated communication is challenging traditional views of Autism and ability/disability. Teacher College Press, Columbia.

87- Bishop, D.U.M. (1989): Autism, Asperger s syndrome and semantic programmatic disorders, Journal of disorders of communication, vol. (14), PP. 107-121..

88- Campbell, M; Kafantaris, V;Malone, R; Kowalik, S; Locascio, J. (1991): Diagnostic and assessment issues related to pharmacology therapy for children and adolescent with autism, behavior modification, vol(15), No(3), July, PP. 326-354.

89- Campbell, M. & Cueva, J.F. (1995): Psychopharmacology in child and adolescence psychiatry, Review of the past seven years, part 2, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 34, P.1262.

90- Charlop, M. ; Milston, J. (1989): Teaching autistic children conversational speech using video modeling, Journal of Applied Behavior Analysis, vol(22), No(3), PP.275-285.

91- Cohen, D, J. ; Donnellan, A, M. (1985): Handbook of autism and pervasive developmental disorder. New York, Chi Chester Brisbane, Toronto, Singapore.

92- David, M.B & Peter, D.H (1998): The child with disability, Second Edition Library of Congress, P.181.

83- Dianne, E ; Berkell (1992): Autism: Identification, education and treatment New jersey, Hove and London.

94- Frame, C.L & Matson, J.L (1987): Handbook of Assessment in Childhood Psychopathology, New York, Plenum press.

95- Freeman, B. J (1986): Evaluation autistic children. Journal of Pediatric Psychology. No(1), PP.18-21.

96- Gillberg, C.(1990): Autism and pervasive developmental disorder `Journal of Child Psychology and Psychiatry vol(31), No(1), PP 99-119

97- Gillberg, C.(1992): The world congress international association for the scientific, Study of Mental Deficiency 5th - 9th August, P.389.

98- Goldstein.M; Kugo, S; Kusano. N; Meller. E; Dancis. G; Schwarcz. R (1986): Abnormal psychology experiences origins and interventions, little, brown and company, Toronto.

99- Gray, C.A (1995): Teaching children with autism to Read social situation, New York, Delmar, PP.219-242.

100- Hagberg, B.; Aicard, J.; Dias, K.; Ramos, O. (1983): Progressive syndrome of autism, dementia, ataxia, and loss of purpose: Rett syndrome Report of 35 Case Annals of Neurology, vol(14), PP.471-479.

101- Hobson, R . (1986): The autistic child s appraisal of expression of Emotion Journal of Child Psychology and Psychiatry. vol(27) PP.321-342..

102- Howlin & Morre (1997): Diagnosis in autism, Report Come from the net, http: // www. Minds, nih / heal info / disorder / autism /.him.

103- Howlin, P.(1998): Children with autism and asperger syndrome: a guide for practitioners and careers, New York, Weinheim, John Wiley & Sons

104- James, Balls (1996): Increasing social interactions of preschool with autism through relationship with typically developing peers practicum. Report, Nova Southeast term University, U.S.A, Florida.

105- Kanner, L.(1973): Childhood psychosis: Initial study and new insights Washington, D.C.: V.H. Winston, Sons, Inc.

106- Krantz, P.; McClannahan, L. (1993): Teaching children with autism to initiate to peers: Effects of A script-fading procedure. Journal of Applied behavior analysis, vol(26), No(1), PP.121-132.

107- Krantz, P.; McClannahan, L. (1998): Social interaction skills for children with Autism: A script-fading procedure for beginning recedes, Journal of Applied behavior analysis, vol(31). No(20). PP.191-202.

108- Leda, Helen, P. (1993): Dysfunction mend cognitive et manifestations, Psychiatric dons le syndrome de L. X Fragile, Autism et X Fragile Journal of Psychiatric Del, Enfant, xxxvi, PP.5-26.

109- Lewis, M & Volkmar, F. (1990): Clinical aspects of child and adolescent development, London: Lea & Febigen

110- Lovaas, O. I; Buch, Gregory (1997): Intensive behavior intervention with young children with autism V. California, Dep- of Psychology, Clinic for Behavioral Treatment of Children. Los Angeles, CA. USA.

111- Macdonald, A . (1972): Chambers twentieth century dictionary, New Delhi. Journal of Applied Behavior Analysis, vol(26), No(1), PP.89-97.

112- Mac Duff, G.; Krantz, P.; McClanahan, L. (1993): Teaching children with Autism to use photographic activity schedules: Maintenance and generalization of complex response chains, Journal of applied behavior analysis, vol(26), No(1), PP.89-97.

113- Marchianne, A. (1982): Early Childhood Autism. USA. Illinois.

114- Marica, D.(1990): Autism and live in the community. successful intervention for behavior challenges. Pawul H, Co, London.

115- McClanahan, L. & Krantz, P. (1999): Activity schedule for children with Autism, Teaching independent behavior. USA, Bethesda, MD.

116- Meyers, K & Grossman, B .(1986): Autism: question and answer, Bancroft School, Haddon . Id NJ . Apr.

117- Micheal, W.(1999): Microsoft (R) Encorta (R) Encyclopedia 99.

118- National Center for Autism (1986): Diagnosis and Classification. London, PP 40 45.

119- Nelson, R. Israel, A. (1991): Behavior disorder of childhood prentice hall Englewood Chuffs, New Jersey, Second Edition.

120- Osterling, J. & Dawson, G. (1994): Early recognition of children with Autism, A study birthday home video type. Journal of Autism And Development Disorder, vol(24), No(3), PP. 246-276.

121- Ozonoff, S. ; Pennington, B ; Rogers, S.(1990): Executive function deficits in high-functioning autistic individuals: relationship to theory of mind. Journal of Child psychology and psychiatry, vol(32), No(7), PP.1081-1105.

122- O Gorman, Gerald (1970): The nature of childhood autism, Second Edition, London: Butter Worthies.

123- Putter, M., et. al (1993): Prevalence of the fragile anomaly amongst autistic twins and singletons, Journal of child psychology and psychiatry, vol. (34), No(5), PP.673-688.

124- Quill, K. (1989): Daily life therapy, A Japanese model for education children with autism. Journal of Autism and Developmental Disorder, vol(19), No(4), PP.625-635.

125- Rimland, B. (1995): Sensory integration therapy Autism Research Review vol. (4), No(2), P.5.

126- Roeyers, H.(1995): A peer mediated proximity intervention to facilitate the social interaction of children with a pervasive

developmental Disorder British Journal of Special Education, vol(22), No(4), Dec, PP.161-167.

127- Shah, A. ; Frith, u. (1993): Why do Autistic individuals show superior performance on the block design task ? Journal of Child Psychology and Psychiatry vol(34), No(8), PP.1351-1364.

128- Sahakian, W. ; Sahakian, B. ; Sahakian, P. (1986): Psychopathology today the current status of abnormal psychology, Third Edition. F.E. Peacock Publishers, Inc. Itasca, Illinois.

129- Schopler, Eric (1982): Evaluation in understanding and treatment of Autism, Triangle. Vol(21), PP.51-57.

130- Schwartzs (1992): Case studies in abnormal psychology, John Wiley, National library, Milton Austerely.

131- Sharyn Neuwirth; Julius,S.; Peter,S.; Jensen, M.; Rockville,M.(1999): Autism All material in this publication is free of copyright restriction and may be copied reproduced, or duplicated without permission from NIMH ; Com from the net http: //www.nimh. gov / public at / autism..

132- Siegel Brany (1996): The autistic children under standing and treating autistic spectrum disorder Oxford University Press, U.S.A.

133- Smith, Ronald, L. et.al (1999): Teaching table-cleaning skills to secondary students with moderate sever disabilities: facilitating observational learning during instructional downtime. Educational and training in Mental Retardation and Developmental Disabilities, vol(4), No(3).

134- Swetenhan, J.(1996): Can children with autism be taught to understand false belief using computers, Journal of Child Psychology and Psychiatry vol(37), No(2), PP.157-165.

135- Toni Hager (1999): Tactile defensiveness, Children, s Academy for Neurodevelopment .& Learning.Com from the net http:// www.Betterendings.org.

136- Watson, Luke, S. (1973): Child behavior modification: A manual for teacher nurses and parents, New York, Toronto, Oxford, Sydney.

137- Wing Lorna (1966): Early Childhood Autism, Clinical Education and Social Aspects: Toronto.

138- Wolf, S. (1988): psychiatric disorder of childhood. in Kendall, RE; Zealley AK (E.D) Companion to psychiatric studies, London: Churchill Livingstone.



هذا الكتاب

يتناول هذا الكتاب اضطراب التوحد ، وهو أحد الاضطرابات النمائية المنتشرة الذى حاز على الكثير من الاهتمام فى الآونة الأخيرة سواء على الصعيد العالمى أو المحلى ، ويأتى هذا الكتاب كمحاولة متواضعة من جانب المؤلف لإلقاء مزيد من الضوء على ماهية هذا الاضطراب المعقد متناولا بداياته ، تعريفه ، نسبة انتشاره ، أسبابه ، أعراضه ، تشخيصه ، والتفرقة بينه وبين بعض الاضطرابات والإعاقات الأخرى (صعوبات التشخيص والتشخيص الفارق) ، ثم أخيرا أساليب التدخل والبرامج التدريبية التى قد تحد من غزو هذا الاضطراب لعقول أطفالنا .

المؤلف

مكتبة الأنجلو المصرية
THE ANGLO-EGYPTIAN BOOKSHOP
The World of Words & Thoughts